

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Pessoa em Situação Crítica

Intervenção do enfermeiro especialista à pessoa em situação crítica na prevenção e controlo da sépsis no perioperatório

Luís Miguel Marques Félix

2014

Não contempla as correções resultantes da discussão pública





Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Pessoa em Situação Crítica

Intervenção do enfermeiro especialista à pessoa em situação crítica na prevenção e controlo da sépsis no perioperatório

Luís Miguel Marques Félix

Prof. Doutora Célia Maria Gonçalves Simão de Oliveira

2014

AGRADECIMENTO

Agradeço à Professora Doutora Célia Maria Gonçalves Simão de Oliveira a motivação e o carinho com que sempre apoiou este processo de aprendizagem.

Agradeço à minha família pelos momentos de maior ausência.

Agradeço a minha esposa Sara pelo apoio incondicional e motivação.

RESUMO

O presente relatório pretende ser uma reflexão crítica sobre as aprendizagens realizadas ao longo da unidade curricular, Estágio com Relatório do Curso de Mestrado em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Sintetiza e reflete sobre o percurso de aprendizagem desenhado e vivido com vista ao desenvolvimento de competência naquela área, com vista à obtenção do grau de mestre em enfermagem e posterior atribuição do título de enfermeiro especialista pela Ordem dos Enfermeiros.

Foi utilizada a metodologia de trabalho de projeto enquanto estratégia investigativa para desenvolver aprendizagens no processo de desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem, centradas no problema de aprendizagem e clínico: “Qual a intervenção especializada de enfermagem em pessoa em situação crítica na prevenção e controlo da sépsis no perioperatório?”.

Os objetivos propostos para este estágio foram: prestar cuidados especializados de enfermagem à pessoa em situação crítica, em particular na prevenção e controlo da sépsis; atuar na prevenção e controlo das IACS na pessoa em situação crítica, com SIRS e ou sépsis no perioperatório; gerir processos diferenciados de avaliação e controlo da dor na pessoa em situação crítica no perioperatório; atuar na prática dos cuidados à pessoa em situação crítica, em período perioperatório, segundo os princípios e deveres ético-legais aplicáveis no perioperatório; desenvolver capacidades de autoconhecimento e de avaliação crítica sobre a prática clínica.

O estágio decorreu numa unidade de cuidados intensivos e num serviço de urgência de um hospital central.

Foram desenvolvidas aprendizagens e competências especializadas de enfermagem no âmbito: do cuidar da pessoa a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica; da maximização da intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica; do desenvolvimento de uma prática profissional e ética; da gestão dos cuidados, otimizando a resposta da equipa de enfermagem; do desenvolvimento e utilização do conhecimento na prática clínica especializada.

Palavras-chave: enfermeiro especialista; intervenção de enfermagem; pessoa em situação crítica; prevenção e controlo da infeção; sépsis.

ABSTRACT

This report is intended as a critical reflection on the knowledge acquired throughout the traineeship completed as part of the Masters in Nursing Specialization Person in Critical Situation. This report summarizes and reflects on the learning process required to fully develop the skills in this specific topic, and to achieve the qualification of specialized nurse awarded by the Ordem dos Enfermeiros (OE).

The methodology used to develop this project was a strategic investigation focused on answering the question: "What is the specialized nursing intervention needed for a person in critical condition to prevent and control sepsis in a perioperative period?"

The objectives for the traineeship were: provide specialized nursing care to the person in a critical situation, specifically with regard to the prevention and control of sepsis; prevent and control HCAI in a person in a critical situation who has SIRS and/or sepsis in a perioperative period; manage different processes for evaluating and controlling pain in a person in a critical situation in a perioperative period; how to care for the person in critical condition in a perioperative period according to principals of ethical and legal norms of perioperative care; develop skills of self-awareness and critical evaluation of the clinical practice.

The traineeship was completed in an intensive care unit and in an emergency department in a central hospital.

Specialized skills developed during the traineeship: providing care to people experiencing critical illness and/or organ failure; maximization the prevention and control of infection in people experiencing critical illness and/or organ failure; development of professionalism and ethics; patient care management to optimize the response of the nursing team; development and application of knowledge in specialized clinical practice.

Keywords: specialized nurse; nursing intervention; person in critical condition; prevention and control of infection; sepsis.

SIGLAS

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BPS - Behavioral Pain Scale

BPS-IP - Behavioral Pain Scale – Intubated Patient

CCI - Comissão de controlo da Infecção

ECDC – European Centre for Disease Prevention and Control

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

HCAI – HealthCare-associated Infection

IACS – Infecções Associada aos cuidados de Saúde

IH – Infecção adquirida no hospital

PAV - Pneumonia Associada à Ventilação

PIA – Pressão Intra-abdominal

PIC - Pressão intracraniana

PNCI - Programa Nacional de Prevenção e Controle da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

RASS - Richmond Agitation-Sedation Scale

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

SIRS – Systemic Inflammatory Response Syndrome

TAC – Tomografia Axial Computorizada

TET – TuboEndotraqueal

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	7
1 – DESENHO DO PROJETO DE ESTÁGIO	11
2 – PREVENÇÃO E CONTROLO DA SIRS OU SÉPSIS NO PERIOPERATÓRIO: A INTERVENÇÃO ESPECILIZADA DE ENFERMAGEM.....	17
2.1 – Prevenção e controlo das IACS na pessoa em situação crítica com SIRS ou sépsis no perioperatório	27
2.2 – Avaliação e controlo da dor na pessoa com SIRS ou sépsis no perioperatório	40
2.3 – Princípios e deveres ético-legais dos cuidados de enfermagem especializados em pessoa com SIRS e sépsis no perioperatório	48
2.4 – Aprendizagem e desenvolvimento de competências de reflexão sobre a prática clínica.	51
3 - CONCLUSÃO	55
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57

INTRODUÇÃO

Este relatório apresenta e descreve as atividades e reflexões desenvolvidas no decurso do meu processo de aprendizagem necessário ao desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica. Este percurso foi centrado num problema relativo à intervenção especializada do enfermeiro à pessoa em situação crítica na prevenção e controlo da sépsis no perioperatório. Este percurso de aprendizagem foi desenvolvido durante o estágio profissional realizado numa unidade de cuidados intensivos e num serviço de urgência, no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, do 3º semestre do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização Pessoa em Situação Crítica, tendo constituído a última etapa deste processo de formação que habilita para a obtenção do grau de mestre e atribuição do título de enfermeiro especialista.

Partindo da experiência como enfermeiro, ao longo de 18 anos, a prestar cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica, num serviço de urgência e num bloco operatório, pude desenhar e concretizar um percurso de aprendizagem, centrado no problema da prevenção e controle da SIRS e da Sépsis no perioperatório, visando desenvolver competências de enfermeiro especialista, agora vivenciado em unidade de cuidados intensivos e também em serviço de urgência.

A sépsis foi definida como uma síndrome inflamatória sistémica (SIRS), que medeia a resposta fisiológica do organismo a uma infeção (Bone et al., 1992; Gauer, 2013). Em 2001 foi realizado um estudo observacional nos Estados Unidos por Angus et al. (2001), que referem uma estimativa nacional de 751.000 casos de sépsis por ano, dos quais 55,5% estavam associados a comorbilidades e 21,4% estavam associados a intervenções cirúrgicas (Angus et al., 2001). Em Outubro de 2002 foram apresentados dados que apontavam para cerca de 1,8 milhões de casos de sépsis por ano, em todo o mundo (Slade, Tamber, & Vincent, 2003).

De outra forma, outros dados confirmam que a sépsis é considerada uma das principais causas de morte a nível mundial e uma grave doença e um problema de saúde pública, a nível mundial, chegando a ser comparada, em impacto, às doenças cerebrovasculares.

Relativamente a Portugal, observou-se uma frequência de sépsis em 73% dos doentes, internados nas unidades de cuidados intensivos que participaram no estudo Europeu sobre a incidência da sépsis nas unidades de cuidados intensivos (Vincent et al., 2006). Póvoa, Carneiro, Ribeiro & Pereira(2009) referem que 22% dos internamentos em unidades de cuidados intensivos devem-se a sépsis adquirida na comunidade. Estes autores acrescentam que dos 9% dos doentes admitidos com sépsis adquirida na comunidade, 40% desenvolveu uma síndrome de sépsis grave e 51% de choque séptico (Póvoa et al., 2009).

Na perspetiva dos cuidados aos doentes com sépsis as orientações publicadas em 2004 e em 2008 no âmbito da SurvivingSepsisCampaign, segundo Dünser et al (2012), melhoraram a abordagem e os resultados face às situações de sépsis. Contudo, a maioria dos doentes por todo o mundo ainda não recebem cuidados protocolados e adaptados as recomendações para a identificação e tratamento da sépsis(Dünser et al., 2012). De outra forma Robson & Daniels(2013) referem que persiste a dificuldade do reconhecimento da sépsis enquanto situação emergente, tal como já acontece com as situações de trauma grave e de AVC em fase aguda. No contexto dos hospitais portugueses, foi observada uma prevalência de 11,7% de infeção nosocomial (Pina, Silva& Ferreira, 2010).

Os dados do último inquérito de prevalência de infeção adquirida no hospital e do uso de antimicrobianos nos hospitais portugueses, do European Centre for DiseasePreventionandControl (ECDC) (2011-2012), referem que existe evidência científica de que a prevalência da infeção hospitalar em Portugal é mais elevada do que a média Europeia respetivamente 10,6% e 5,7%.

A literatura aponta como muito relevante o papel do enfermeiro na prevenção e controlo das situações de infeção e sépsis, reconhecendo o forte impacto dos cuidados de enfermagem neste âmbito.

Nesta dimensão do risco associado aos processos de cuidados, segundo os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista, pressupõe que este participe na conceção, definição e implementação de estratégias que capacitem as equipas de saúde para maximizar as intervenções na prevenção e controlo da infeção.

Neste âmbito elaborei um projeto e desenvolvi um processo de aprendizagem orientado pelos objetivos do regulamento do curso de mestrado (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2013) e pelas competências definidas para o 2º ciclo de formação de acordo com os descritores de Dublin (Direção Geral do Ensino Superior, 2012). Sendo este processo de aprendizagem desenvolvido durante um estágio profissional, que habilita ao título de enfermeiro especialista, foram também referenciais dessa aprendizagem o regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2011b) e as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica (Ordem dos Enfermeiros, 2011c). Este processo de aprendizagem foi planeado e sistematizado através de um projeto de estágio cuja finalidade foi *“Agir como perito na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa e seus significativos que vivenciam situações críticas de saúde em contexto de urgência ou unidades de cuidados intensivos, bem como na criação de condições que garantam a prestação de cuidados de qualidade”* (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2012:1).

O desenvolvimento de competências em enfermagem através deste processo de aprendizagem, aqui apresentado, teve como referencial o pensamento de Collière (1999) e foi realizado com recurso à metodologia de trabalho de projeto, considerada uma metodologia investigativa centrada na resolução de problemas (Castro & Ricardo, 2003). O desenvolvimento de competência foi perspectivado segundo o modelo de aquisição de competências de Dreyfus e Dreyfus (1986) aplicado à enfermagem (Benner, 2001).

Com a finalidade de documentar o processo de desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica, estruturei o presente relatório em seis capítulos segundo os objetivos delineados no projeto de estágio. No subcapítulo 2.4, para além de abordar o papel e importância da reflexão global, será apresentada a reflexão global, um balanço sobre o impacto pessoal e profissional deste estágio no desenvolvimento de competência do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica.

1– DESENHO DO PROJETO DE ESTÁGIO

O planeamento e implementação do projeto de estágio a realizar no terceiro semestre na unidade curricular Estágio com Relatório, foram da responsabilidade do mestrando, tendo recorrido à metodologia de projeto trabalho como estratégia para concretizar esta tarefa. A metodologia de projeto de trabalho é uma metodologia investigativa centrada na resolução de problemas, na qual pode ser considerado como problema não saber algo e querer aprendê-lo (Castro & Ricardo, 2003). Neste sentido, como referem aqueles autores, o projeto tem como finalidade “(...) realizar aprendizagens e desenvolver múltiplas capacidades(...) para aprender e resolver problemas, partindo de situações e dos recursos existentes.” (Castro & Ricardo, 2003:8). Assim, seguindo esta metodologia, o desenho do projeto de aprendizagem a desenvolver decorreu de uma adaptação nas seguintes fases: escolha do problema; escolha e formulação dos problemas parcelares; preparação e planeamento do trabalho; trabalho de campo; ponto de situação; tratamento das informações recebidas; preparação do relatório e da apresentação; apresentação dos trabalhos; balanço (Castro & Ricardo, 2003). Nesta sequência de fases de desenvolvimento o presente documento situa-se na fase da apresentação dos trabalhos e do balanço das aprendizagens adquiridas e das competências desenvolvidas ao longo deste curso de mestrado.

O desenho do projeto teve como referencia os objetivos definidos para o 2º Curso de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em situação Crítica (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2012a, 2013) e as competências definidas para o 2º ciclo de formação de acordo com os descritores de Dublin (Direcção Geral do Ensino Superior, 2012). Sendo também este um percurso que habilita ao título profissional de enfermeiro especialista foram utilizadas como referenciais para este desenho de projeto, o regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2011b) e as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica (Ordem dos Enfermeiros, 2011c).

Na perspetiva do desenvolvimento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica(Ordem dos Enfermeiros, 2011c), pretendi desenvolver competências no domínio das seguintes unidades de

competência: Presta cuidados à pessoa em situação emergente e na antecipação da instabilidade e risco de falência orgânica; Gere a administração de protocolos terapêuticos complexos; Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, otimizando as respostas; Lidera o desenvolvimento de procedimentos de controlo de infeção, de acordo com as normas de prevenção, designadamente das infeções associadas à prestação de cuidados de saúde à pessoa em situação crítica e ou de falência orgânica. Propus-me ainda, no âmbito das competências comuns aos enfermeiros especialistas, desenvolver uma prática profissional e ética e ainda desenvolver capacidades de autoconhecimento e de avaliação crítica sobre a prática clínica.

Para a construção do desenho de projeto, o ponto de partida para a definição do problema de aprendizagem baseou-se na minha experiência clínica em contexto de um serviço de urgência, de um serviço de bloco operatório e posteriormente numa pesquisa bibliográfica em suportes digitais, em bases de dados, sítios de referência na internet e no espólio do centro de documentação da ESEL.

Tratando-se de um processo de formação dirigido à aprendizagem do cuidado de enfermagem, adotei como guia orientador o pensamento de Collière (1999), sobre a pessoa, a saúde-doença, a enfermagem e os cuidados de enfermagem.

Para Collière, os comportamentos e as atitudes são de certa forma a “(...) a *pedra angular*”(Collière, 1999 p.272) da enfermagem, traduzidos para este desenho de projeto como o pensamento de enfermagem adotado para desenhar o processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências do processo de cuidados especializados à pessoa em situação crítica. Para Collière (1999) a ação do processo de cuidados “ situa-se por um lado, em relação a tudo o que melhora as condições que favorecem o desenvolvimento da saúde, com vista a prevenir, a limitar a doença e, por outro, em relação a tudo o que revitaliza alguém que esteja doente.”(Collière, 1999 p.285). Intervir para melhorar as condições que favorecem o desenvolvimento da saúde com vista, a prevenir e limitar a doença – no caso, a sépsis – é em parte, o que pretendi aprender. Intervir para revitalizar a pessoa em situação crítica com sépsis, foi afinal outro foco da minha atenção enquanto enfermeiro, nomeadamente ao prestar cuidados à PSC com vista ao controlo da infeção e à satisfação das necessidades daquela pessoa, em particular, na gestão da dor.

Dados recentes da Europa e dos Estados Unidos da América indicam que a sépsis representa um grave problema de saúde pública, podendo ser comparado ao impacto do acidente vascular cerebral e do enfarte do miocárdio (Direção Geral da Saúde, 2010a). De outra forma a Direcção-Geral da Saúde(2010 p.1), que citando Angus et al (2001), refere que a incidência da sépsis nos Estados Unidos aumenta 1,5% ao ano sendo associada ao envelhecimento da população, à maior longevidade dos doentes crónicos, à crescente existência de imunossupressão por doença ou iatrogenia e ao maior recurso a técnicas invasivas (Direção Geral da Saúde, 2010a). Relativamente às técnicas invasivas estes dados são também corroborados pelo Inquérito de Prevalência de Infecção 2010 do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde, que apresenta ainda uma prevalência de 11,7%de infeções nosocomiais nos 90 hospitais portugueses que participaram no estudo(Pina, Silva& Ferreira, 2010).

Em Portugal, foi observada uma frequência de sépsis em 73% dos doentes internados nas unidades de cuidados intensivos que participaram no estudoEuropeu sobre a incidência da sépsis nas unidades de cuidados intensivos (Vincent et al., 2006). Outros estudos nacionais referem que 22% dos internamentos em unidades de cuidados intensivos devem-se a sépsis adquirida na comunidade (Póvoa et al., 2009).

No contexto da infeção e da sépsisKleinpell (2003) refere que o enfermeiro como elemento da equipa de saúde através do desenvolvimento de técnicas e estratégias de controlo da infeção pode influenciar a prevenção, reconhecimento e os resultados do tratamento das situações de disfunção orgânica sistémica. Doutro modo esta ideia é defendida por Ahrens & Tuggle (2004) ao referir que as estratégias de prevenção da sépsis e as condições desenvolvidas pelos cuidados de enfermagem podem aumentar significativamente as hipóteses de sobrevivência.

Considerando o enquadramento anteriormente apresentado defini como problema de aprendizagem clínico a responder através deste projeto: “Qual a intervenção especializada de enfermagem em pessoa em situação crítica na prevenção e controlo da sépsis no perioperatório?”, considerando-o, de acordo com Castro & Ricardo(2003), um problema pertinente, por ser epidemiologicamente relevante, por ser suscetível ao cuidado de enfermagem e, afinal, um foco pertinente para centrar e aprender o cuidado de enfermagem à pessoa em situação crítica.

A resposta a esta questão seria obtida a partir da prática dos cuidados de enfermagem durante o estágio a realizar, com vista ao desenvolvimento de competência do enfermeiro especialista em enfermagem em pessoa em situação crítica. Tendo em conta a minha experiência profissional no cuidado à pessoa em perioperatório propus atingir no final do projeto de estágio, o estado de enfermeiro proficiente, na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica na prevenção e controlo da sépsis, segundo modelo de aquisição de competências de Dreyfus e Dreyfus (1986) aplicado à enfermagem (Benner, 2001).

De acordo com o modelo de Dreyfus e Dreyfus (1986) o desenvolvimento de competências em enfermagem ocorre ao longo de cinco estádios, na medida em que o enfermeiro trabalha, reflete e aprende num determinado contexto de cuidados. Em contexto de estágio, o enfermeiro desenvolve aprendizagens e adquire competências, orientado por tutores ou peritos percorrendo os seguintes estádios: iniciado; iniciado avançado; competente; proficiente; perito (Benner, 2001). Segundo Benner (2001) uma grande quantidade de conhecimento do enfermeiro está na prática e no saber fazer, o qual deve ser submetido a processos de sistematização, de hierarquização qualitativa, de pensamento reflexivo e crítico, pelo que, a aprendizagem intencional dos significados comuns das respostas humanas no processo de cuidar em enfermagem é uma estratégia estruturante para a profissão (Benner, 2001). No estado de enfermeiro proficiente definido por Benner (2001) o enfermeiro “(...) apercebe-se das situações como uma globalidade e não em termos de aspectos isolados, e as suas acções são guiadas por máximas.” (Benner, 2001 p.56). Neste contexto a autora refere que a percepção é um elemento chave que melhora o processo de decisão através da identificação dos aspetos e atributos mais importantes da situação de cuidados, permitindo-lhe reconhecer e prever novas situações (Benner, 2001).

No planeamento dos trabalhos, nomeadamente na seleção dos contextos onde iria decorrer este processo de aquisição e desenvolvimento de competências teve como referencial os objetivos propostos para a unidade curricular estágio com relatório, nomeadamente: cuidar da pessoa a vivenciar processo complexos de doença crítica e ou falência orgânica, particularmente em contexto de unidade de cuidados intensivos e serviços de urgência; demonstrar um nível aprofundado de conhecimento numa área específica da Enfermagem e consciência crítica, para os problemas atuais da disciplina; refletir sobre as perspetivas de intervenção do enfermeiro perito (especializado) em

enfermagem à pessoa em situação crítica (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2012b). Sendo também este um estágio profissional que habilita ao título de enfermeiro especialista, foram também tidas como referencia para este planeamento as competências profissionais do enfermeiro especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2011c). Este planeamento atendeu, inevitavelmente ao tempo disponível para a realização do estágio e suportou-se quer na minha experiência(em contexto de urgência e bloco operatório), quer nas aprendizagens realizadas sob sobre o cuidado à pessoa em situação crítica em unidade de cuidados intensivos.

Assim, o estágio decorreu maioritariamente em contexto de cuidados intensivos, onde não tinha qualquer experiência de prestação de cuidados e onde poderia cuidar de pessoas em situação crítica, na perspetiva da prevenção e controlo da sépsis no perioperatório. Posteriormente e num período mais curto, o estágio decorreu em contexto de serviço de urgência. As aprendizagens em estágio contaram com a ajuda e a supervisão de tutores, enfermeiros peritos e/ou especialistas em enfermagem em pessoa em situação crítica.

Seguindo o enquadramento anterior defini os objetivos deste estágio, necessários para as aprendizagens e para o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica na prevenção e controlo da sépsis no perioperatório:

1. Prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica, em particular na prevenção e controlo da sépsis;
2. Atuar na prevenção e controlo das IACS na pessoa em situação crítica, com SIRS e ou sépsis no perioperatório;
3. Gerir processos diferenciados de avaliação e alívio da dor na pessoa em situação crítica no perioperatório;
4. Atuar na prática dos cuidados à pessoa em situação crítica, em período perioperatório, segundo os princípios e deveres ético-legais aplicáveis no perioperatório;
5. Desenvolver capacidades de autoconhecimento e de avaliação crítica sobre a prática clínica.

2 – PREVENÇÃO E CONTROLO DA SIRS OU SÉPSIS NO PERIOPERATÓRIO: A INTERVENÇÃO ESPECIALIZADA DE ENFERMAGEM

Neste capítulo apresentam-se os conceitos, atividades desenvolvidas que permitiram atingir os meus objetivos e a reflexão sobre as mesmas, segundo problema clínico definido como: “Qual a intervenção especializada de enfermagem em pessoa em situação crítica na prevenção e controlo da sépsis no perioperatório?” Abordam-se também aqui, as intervenções de enfermagem especializadas no âmbito do primeiro objetivo do estágio: “Prestar cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica, em particular na prevenção e controlo da sépsis”.

O conceito de prevenção é segundo Czeresnia (2003) uma intervenção orientada para a redução da incidência e prevalência de uma doença específica numa população, sendo um dos seus objetivos o controle da transmissão de doenças infecciosas.

Doutro modo a Direcção-Geral da Saúde(2011), no âmbito da segurança do doente, citando o Council of Europe (2005) refere que a prevenção é uma modificação que visa reduzir a frequência e a gravidade de eventos adversos e voltar a um nível de risco aceitável. Estes autores citando Leap (1993) e o Council of Europe (2005), referem que o conceito “prevenível” pressupõe que são conhecidos os métodos para evitar um determinado dano, e que o evento adverso surge do fracasso na aplicação desse conhecimento (Direcção-Geral da Saúde, 2011 p.132).

Escalpelizando o conceito de prevenção, apresenta-se de forma resumida os cinco níveis de prevenção em saúde apresentados por Almeida(2005). O primeiro nível corresponde à prevenção primordial que visa o estabelecimento de estilos de vida que possam contribuir para evitar o risco acrescido de doença (Alwan,1997 citado por Almeida, 2005). O segundo nível refere-se à prevenção primária que incide sobre um conjunto de atividades que podem evitar ou remover a exposição de um indivíduo ou grupo antes que se desenvolva um mecanismo patológico (Jamoulle et al. 2002 citado por Almeida, 2005). O terceiro nível refere-se à prevenção secundária e que tem como finalidade a deteção precoce de um problema de saúde num indivíduo ou população por forma a condicionar favoravelmente a sua evolução (Jamoulle et al. 2002 citado por Almeida, 2005). O quarto

nível refere-se à prevenção terciária que visa reduzir os custos sociais e económicos do processo de doença, através da reabilitação, reintegração e da potenciação funcional remanescente dos indivíduos(Almeida, 2005). O quinto e último nível corresponde à prevenção quaternária, que se refere à deteção de indivíduos em risco de sobretratamento, para os proteger de intervenções médicas inapropriadas, sugerindo-lhes alternativas eticamente aceitáveis(Jamouille et al. 2000 citado por Almeida, 2005). As intervenções de enfermagem desenvolvidas durante o estágio que sustentou a elaboração deste relatório e vão sendo aqui descritas tiveram como objetivo atuar ao nível da prevenção primária e secundária, supra citadas.

Os conceitos de SIRS, sépsis e suas complicações foram o tema central da conferência intitulada American College of Chest Physicians/Society of Critical Care Medicine Consensus Conference em 1992 (Bone et al., 2009). Nesta conferência foram reunidos consensos em medicina que ao considerarem que o processo da sépsis tinha várias etiologias, propuseram o conceito de Systemic Inflammatory Response Syndrome (SIRS) para definir o processo de resposta inflamatória inespecífico do organismo humano (independentemente da causa) e o conceito que define sépsis como uma situação de SIRS em que se confirma ou suspeita de um foco de infeção(Bone et al., 2009). Uma das complicações frequentes da SIRS é a disfunção sistémica dos órgãos que se pode repercutir num funcionamento anormal dos órgãos denominada “multiple organ dysfunction syndrome” (MODS) (Bone et al., 2009). Quanto à sua etiologia o MODS pode assumir duas formas distintas, a primária quando a disfunção ocorre logo após a uma agressão direta do órgão e a secundária quando a disfunção ocorre como consequência da resposta orgânica do organismo, numa situação de SIRS (Bone et al., 2009). Nas formas mais graves o impacto da falência multiorgânica no processo de SIRS está associado a taxas de mortalidade entre 30% a 38% dependendo do número de órgãos que estão envolvidos(Fry, 2012).

De outra forma Singh, Singh, & Singh(2009)referem que a deteção precoce do foco de ativação da SIRS ou de sépsis nos doentes com comorbilidades e perante novos focos de infeção por complicações pós-cirúrgicas, como necrose e perfuração de víscera oca, está associada a melhores resultados e a uma menor taxa de mortalidade(Singh et al., 2009).

A evolução da situação de sépsis para formas mais graves é definida pelo conceito de sépsis grave, quando surge a disfunção de pelo menos um órgão e pelo conceito de choque séptico, quando a situação de sépsis está associada à hipoperfusão dos tecidos

e à hipotensão mantida independente da reposição de fluidos (Bone et al., 2009; Ahrens & Tuggle, 2004).

A justificação da prevenção da sépsis é sustentada por dados que confirmam que a sépsis é uma das principais causas de morte em todo o mundo (Dünser et al., 2012). Neste sentido também Dellinger et al (2008) referem que a sépsis grave e o choque séptico são um grave problema de saúde em todo o mundo, afetando milhões de pessoas. Nesta perspetiva também a Direcção-Geral da Saúde (2010) refere que, os dados recentes da Europa e dos Estados Unidos da América indicam que a sépsis representa um grave problema de saúde pública, podendo ser comparado ao impacto do acidente vascular cerebral e do enfarte do miocárdio.

Enquadrando a realidade portuguesa Póvoa, Carneiro, Ribeiro & Pereira (2009) referem que 22% dos internamentos em unidades de cuidados intensivos devem-se a sépsis adquirida na comunidade. Estes autores acrescentam que dos 9% dos doentes admitidos com sépsis adquirida na comunidade, 40% desenvolveu uma síndrome de sépsis grave e 51% de choque séptico (Póvoa et al., 2009).

A mortalidade nas unidades de cuidados intensivos portuguesas das situações de choque séptico atinge os 51% (Direcção-Geral Saúde, 2010:1). Outros dados das unidades de cuidados intensivos portuguesas, que participaram no estudo Europeu sobre a incidência da sépsis, demonstraram uma frequência de sépsis em 73% dos doentes aí internados (Vincent et al., 2006). Destes doentes, 56% foram admitidos no hospital por doenças do foro médico, 25 % para cirurgia eletiva e 19% para cirurgia de emergência (Vincent et al., 2006).

Nos serviços em que decorreu o estágio tive a oportunidade de prestar cuidados a doentes aí internados, alguns dos quais com o diagnóstico de SIRS, sépsis e MODS.

Previamente clarificam-se alguns conceitos segundo o pensamento de Collière(1999). Para a autora, a pessoa é um ser bio-antropológico no qual “ a vida deixa de ocupar um lugar intermediário entre o físico e o antropológico; adquire um sentido amplo que se enraíza na organização e desaba sobre tudo o que é antro-po-social.” (Collière, 1999 p.252). Esta percepção foi sentida no estágio em cuidados intensivos quando por inerência da sedação, a interação com a pessoa alvo dos cuidados era reduzida, tendo sido importante manter a prática deste serviço, na utilização do nome do doente em todas as

referências dos cuidados e da disponibilidade da equipa, durante as visitas, para o acompanhamento aos familiares e amigos dos doentes, acrescentando e reforçando a dimensão antropológica e social ao processo de cuidados de enfermagem.

Por outro lado, o desenvolvimento de competências também teve como referencia o conceito de doença que Collière (1999), citando Herzlich (1969), define como “(...) tudo o que incapacita o indivíduo para realizar a sua vida (...)” (Collière, 1999 p.245). Para Collière (1999) o processo saúde-doença envolve a mobilização de “...todas as capacidades e forças vitais físicas, afetivas, psíquicas, da pessoa tratada, bem como sobre as possibilidades e recursos dos que a cercam, que podem ser mobilizados consoante a natureza da doença ...” (Collière, 1999 p.290).

No início do estágio senti dificuldade na organização das intervenções a desenvolver, traduzindo-se em interrupções frequentes para reorganizar recursos materiais e ou alterar a sequência das intervenções no plano de cuidados. Num primeiro momento as estratégias que adotei para colmatar estas interrupções traduziam-se numa sobrecarrega para os outros enfermeiros, uma vez que estando equipado com equipamento individual de proteção (bata descartável, luvas e máscara) encontrava-me confinado à unidade do doente, segundo o protocolo de controlo da IACS do serviço. Após algumas destas situações, tornou-se mais clara a importância da organização dos cuidados de enfermagem, tendo sido desenvolvidos momentos de diálogo e reflexão com a enfermeira tutora, identificando os critérios a utilizar na avaliação do doente, no planeamento e organização das intervenções de cuidados de enfermagem de modo a promover o desenvolvimento da capacidade de organizar intervenções face a um contexto de cuidados exigente. Posteriormente, a prática de novas intervenções de cuidados impulsionaram o desenvolvimento destas capacidades tendo sido importante o processo de reflexão que foi sendo partilhado com a enfermeira tutora e com outros elementos da equipa de saúde.

Contextualizando a aprendizagem de uma situação associada ao desenvolvimento de competências, fiquei responsável pela prestação de cuidados a uma doente intervencionada após um traumatismo grave da coluna lombar. Esta doente encontrava-se sedada, com necessidade de suporte ventilatório invasivo e com um plano terapêutico que condicionava os posicionamentos em decúbitos laterais. A elaboração deste plano de cuidados mobilizou diferentes conceitos de fisiopatologia e de gestão das intervenções de

enfermagem no plano terapêutico. Destaco um problema para a prestação de cuidados que se referia às intervenções de posicionamento da doente, com a elevação da cabeça entre trinta a quarenta e cinco graus (Institute for Health Care Improvement, 2012; Susan E. Coffin MPH et al., 2008) necessárias para a prevenção da pneumonia associada à ventilação (PAV) e as restrições de posicionamento no âmbito do plano terapêutico após cirurgia lombar para estabilização das fraturas. Neste contexto de cuidados a identificação do problema e a adaptação do plano de cuidados foi desenvolvida através de um processo de pensamento crítico, o qual Alfaro-Lefevre(2013) refere ser um processo centrado na pessoa doente e nos seus problemas, respondendo às questões colocadas, mas também questionando as próprias respostas, utilizando diferentes formas de pensamento (criativo, reflexivo e analítico).

De outra forma Tanner (2006) refere que o pensamento crítico é um processo através do qual o enfermeiro faz o seu julgamento clínico, sendo um processo deliberado, que gera alternativas e as avalia face à evidência, escolhendo as mais adequadas face aos padrões para as desenvolver na prática. Este processo de pensamento crítico permitiu posteriormente tomar decisões, encontrar e adaptar as intervenções de enfermagem na perspetiva das recomendações da prevenção da PAV e das limitações e dos recursos disponíveis para as realizar. No final, esta doente foi mobilizada de acordo com as limitações impostas pelo plano terapêutico (após a cirurgia) e encontraram-se formas alternativas de manter um angulo da cabeceira da cama adequado à prevenção da PAV, através de dispositivos de ajuda técnica que permitiram explorar o potencial disponível da cama utilizada para aquela doente, inclinando a trinta graus todo o plano da cama e não a cabeceira. Para esta tomada de decisão foi utilizado o que Tanner(2006) define de raciocínio clínico, sendo um processo através do qual os enfermeiros fazem os seus julgamentos sobre a prática clínica e que incluem dois processos intencionais para gerar alternativas de cuidados, face à evidência e para escolher a alternativa mais adequada.

A prestação de cuidados em pessoa em situação crítica na perspetiva da prevenção da PAV, sendo esta uma das etiologias de sépsis(Dellinger et al., 2008; Khilnani &Hadda, 2009;), introduz a importância da prevenção das IACS.

Na perspetiva das IACS no âmbito nacional, o inquérito de prevalência de infeção 2010, do Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção Associada aos Cuidados de Saúde,realizado em 97 hospitais portugueses refere que (total de 21.011 doentes) a

prevalência das infeções adquiridas na comunidade nos doentes internados foi de 22,5% e a prevalência das infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) adquiridas no hospital (infeções nosocomiais) foi de 11,7%(Pina, Silva& Ferreira, 2010).No contexto dos doentes internados com infeções adquiridas na comunidade as principais infeções identificadas, por ordem decrescente de frequência, foram a infeção das vias respiratórias inferiores, as infeções da pele e as infeções das vias urinárias (Pina, Silva, & Ferreira, 2010). Perante estes dados sobre as IACS identifiquei na prática clínica no serviço de cuidados intensivos a pertinência dos protocolos instituídos face aos doentes, ao espaço e fluxos de trabalho da equipa de saúde. Sendo uma unidade aberta com onze unidades permitia uma visão e colaboração da equipa nos cuidados necessários a cada doente. Porém esta realidade apresentava-se também como um potencial fator de contactos e infeções no âmbito das IACS. Contudo, observei desde o primeiro dia que neste espaço amplo existia uma forte intencionalidade em cumprir os protocolos e as recomendações de boa prática para a prevenção das IACS (Direcção-Geral da Saúde, 2011; Ministério da Saúde, 2003).

Enquanto estagiário fui desde o início motivado para conhecer e executar estes protocolos como por exemplo: a utilização de bata máscara e luvas nos contactos diretos com o doente; a higienização das mãos nos cinco momentos da prestação de cuidados (Direção Geral da Saúde, 2010b); a monitorização dos locais de inserção dos dispositivos invasivos e mudança de dispositivos invasivos ou respetivos sacos coletores (Pina et al., 2006); o cumprimento das técnicas asséticas na realização de pensos; a desinfeção prévia à administração de fármacos das conexões das linhas de perfusão; a realização de pensos de acordo com a presença de exsudado, sinais inflamatórios e ou prescrição/agendamento clínico.

Identifiquei na equipa de saúde da unidade de cuidados intensivos onde decorreu o estágio uma atitude frequente de partilha e divulgação das recomendações para a prevenção das IACS (Direcção-Geral da Saúde, 2011; Ministério da Saúde, 2003). Esta atitude para a prevenção das IACS estava frequentemente presente no processo de pensamento contextual e dirigido a resultados, entendido segundo (Tanner, 2006) como raciocínio clínico, colocando frente a frente as necessidades dos doentes, a evidência científica, as recomendações e protocolos institucionais (e nacionais) e contexto da prática clínica, no qual existia um risco elevado (Pina, Paiva, Nogueira, & Silva, 2013;

Pina, Silva, & Ferreira, 2010). Este processo de raciocínio clínico permitiu planear intervenções de enfermagem, centradas na pessoa em situação crítica, a partir dos dados da aplicação informática utilizada no serviço, que registava as monitorizações e avaliações dos doentes, realizadas ao longo do tempo.

Tendo abordado os conceitos de prevenção, SIRS ou sépsis apresento agora o processo de aprendizagem para aquisição e desenvolvimento de competências especializadas no perioperatório.

Segundo Singh et al.(2009), a infeção e a falência múltipla de órgãos é a principal complicação após uma lesão (trauma) ou ato cirúrgico (Singh et al., 2009). Doutra forma Kleinpell (2003)refere que a incidência da sépsis tem aumentado e está associada à idade extrema dos doentes (inferior a 1 ano e superior a 65 anos), às intervenções cirúrgicas ou invasivas, à malnutrição, à utilização de antibióticos de largo espectro, à doença crónica; síndromes de imunodeficiência e ao aumento dos organismos multirresistentes. Enquadrando o problema das infeções no perioperatório,Fry (2012) refere que não obstante a evolução das técnicas cirúrgicas agressivas, dos métodos de suporte vida, da antibioterapia, as infeções do local cirúrgico e as infeções adquiridas na comunidade representam um desafio no planeamento das estratégias de intervenções clínicas. Estas estratégias requeremo desenvolvimentode conhecimentos sobre os mecanismos locais e sistémicos da resposta inflamatória e da SIRS (Fry, 2012).

Na perspetiva da enfermagem e das estratégias de controlo da infeção no doente com SIRS ou sépsis, Kleinpell(2003) refere que o enfermeiro como elemento da equipa de saúde, através de técnicas e estratégias pode prevenir e reconhecer precocemente situações de disfunção orgânica sistémica e influenciar os resultados do tratamento.

Os componentes chave das intervenções de enfermagem no doente com SIRS ou sépsis, segundo Kleinpell (2003) são a monitorização dos doentes, uma avaliação abrangente dos doentes em risco e uma observação perspicaz dos planos terapêuticos para o seu tratamento. Neste sentido é necessário promover o desenvolvimento de competências sobre: a prevenção da SIRS ou sépsis; a monitorização frequente dos sinais vitais e das funções fisiológicas dos órgãos (hemodinâmica, ventilatória, hematológica, renal, hepática, metabólica, e neurológica); a procura da melhor evidência científica sobre o tratamento da sépsis, com especial enfoque no alívio da dor e na promoção do conforto

do doente; a resposta às necessidades da família no âmbito da prestação de cuidados ao doente; a prevenção da infeção associada aos cuidados de saúde (Kleinpell, 2003). Esta sistematização das intervenções de enfermagem durante o estágio, foi importante para o desenvolvimento de uma atitude de avaliação organizada e perspicaz, que se centra na pessoa doente e procura aprender as características específicas, da situação de doença numa das dimensões do doente. Um exemplo da importância desta sistematização foi a admissão de um doente no pós-operatório em situação crítica com o diagnóstico de SIRS, no qual não foi possível identificar um foco infeccioso e se optou por protelar o início do tratamento com antimicrobianos, sendo instituído um plano de cuidados com o objetivo de identificar sinais e sintomas precoces de sépsis.

As competências desenvolvidas durante o período em que decorreu o estágio foram e são impulsionadoras do julgamento clínico na minha prática clínica. Falta contudo ainda referir no âmbito do tema prevenção e controlo da sépsis, as vivências durante o estágio no serviço de urgência.

Assim, no serviço de urgência pude observar a utilização de um protocolo da via verde sépsis que se iniciava na triagem com a identificação dos critérios de presunção de infeção e dos critérios de SIRS, de acordo com a Circular Normativa da Criação da Via Verde Sépsis (Direção Geral da Saúde, 2010a). Das situações que vivenciei na triagem e na sala de reanimação relativamente à identificação dos critérios de sépsis (protocolo da via verde sépsis), apenas uma foi confirmada. Colaborei nos procedimentos de confirmação da suspeita realizada na sala de reanimação pela equipa multidisciplinar com recurso à gasometria, colheitas de sangue e avaliação da clínica da pessoa doente e na exclusão dos critérios de presunção de sépsis identificados. Estas intervenções permitiram identificar e compreender a importância da deteção precoce dos sinais e sintomas de SIRS ou sépsis, e do início do plano terapêutico, sendo esta uma das competências especializadas de enfermagem em pessoa em situação crítica (Ordem dos Enfermeiros, 2011c). Deste processo de aprendizagem destaco a importância do desenvolvimento das competências especializadas de enfermagem, através das quais o enfermeiro comunica de forma sistematizada as suas avaliações, demonstrando conhecimento profundo sobre a situação e promovendo estratégias facilitadoras para a intervenção precoce.

Foi também possível neste contexto de urgência, colaborar no encaminhamento do doente em que se confirmaram os critérios da via verde sépsis, para a Sala de Observações e posteriormente para a Tomografia Axial Computorizada (TAC) onde se viria a identificar o foco de infeção e a situação de sépsis do doente. Neste processo de prestação de cuidados foram desenvolvidas intervenções de enfermagem de acordo com as recomendações nacionais e internacionais (Bone et al., 2009; Dellinger et al., 2008 & Direcção-Geral da Saúde, 2010). Nestas situações foi importante sistematizar o plano de cuidados e neste, as intervenções de enfermagem, no que se refere à monitorização contínua dos sinais vitais, ao início do protocolo terapêutico e à contínua avaliação da pessoa ao longo da evolução da situação de saúde e consequente necessidade de cuidados de enfermagem, quer de reparação quer de manutenção da vida (Collière, 1999). Todo este processo de prestação de cuidados no serviço de urgência decorreu de forma célere quer na perspetiva da avaliação dos parâmetros do doente quer no planeamento e implementação do plano de cuidados. Desde o momento da admissão o fator tempo entre uma (Robson & Daniels, 2013) a seis horas (Dellinger et al., 2008) é importante para a tomada de decisão da prescrição e administração de antibioterapia, sendo este um dos fatores determinantes no controle e sobrevida nas situações de sépsis (Dellinger et al., 2008; Direcção Geral da Saúde, 2010a). Em contexto de urgência, os anos de experiência na prestação de cuidados e o estágio prévio numa unidade de cuidados intensivos, facilitaram a colaboração neste processo de cuidados, permitindo acompanhar as avaliações, o diálogo entre a equipa e a tomada de decisão aos diferentes níveis de intervenção com o doente e da família. Nem sempre a celeridade com que as equipas pretendem atuar nestas situações, tem em consideração o envolvimento dos familiares no plano de cuidados. Esta perceção foi discutida no seio da equipa de enfermagem, tendo sido, naquele momento consensual que à semelhança de outras situações críticas um dos elementos da equipa deveria desenvolver intervenções no âmbito da comunicação interpessoal com a pessoa significativa/familiar acompanhante, sendo reconhecida como uma das dimensões do processo de cuidados. Posteriormente, em outros contextos de cuidados, tive a oportunidade de desenvolver intervenções especializadas de comunicação com a pessoa significativa/familiar acompanhante, sendo esta uma das competências especializadas de enfermagem em pessoa em situação crítica (Ordem dos Enfermeiros, 2011c) e deste curso de mestrado (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2012a).

Reportando ao período pré-operatório em contexto do serviço de urgência, as intervenções de enfermagem, que desenvolvi no momento da admissão, tiveram como objetivo colaborar na confirmação e ou encaminhamento das situações de sépsis segundo o protocolo do serviço e as recomendações da via verde sépsis, segundo o protocolo nacional, que eram assinaladas no momento da triagem (Direção Geral da Saúde, 2010a).

2.1 – Prevenção e controlo das IACS na pessoa em situação crítica com SIRS ou sépsis no perioperatório

A prevenção da infeção associada aos cuidados de saúde (IACS) no contexto do doente crítico com SIRS ou Sépsis em pessoa em situação crítica correspondeu ao segundo objetivo de estágio.

A infeção associada aos cuidados de saúde (IACS) é uma infeção adquirida pelos doentes, em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde que lhe foram prestados, podendo também afetar os profissionais de saúde que os realizam (Direção-Geral da Saúde, 2007).

Segundo as mesmas autoras as áreas assistenciais com maior predomínio de IACS adquiridas no hospital variaram em função do tipo de infeção. Assim, as infeções da corrente sanguínea foram mais predominantes nos serviços de Hematologia/Oncologia e Neonatologia/Perinatologia. As infeções das vias respiratórias foram mais predominantes nos serviços de Medicina, nas Unidades de Cuidados intensivos (UCI) e nos serviços de Pediatria. A infeção do local cirúrgico foi mais frequente nos serviços de cirurgia (Pina, Silva, & Ferreira, 2010). Dados mais recentes sobre as infeções adquiridas no hospital mostram que as infeções das vias aéreas inferiores são as mais frequentes (29,3% do total das infeções encontradas), seguidas por ordem decrescente pelas infeções das vias urinárias (21,1%), do local cirúrgico (18%), da corrente sanguínea (8,1%), gastrointestinais (5,9%) e da pele e tecidos moles (5%) (E. Pina, Paiva, Nogueira, & Silva 2013)

As principais medidas de prevenção e controle das IACS alicerçam-se em duas dimensões, a primeira relativa ao isolamento e às precauções básicas (higiene das mãos, uso adequado de equipamentos de proteção individual, controlo das condições ambientais) e a segunda relativa ao uso racional dos antimicrobianos (Pina, Silva, Silva, & Uva, 2010).

Seguindo este enquadramento apresento de seguida, algumas reflexões sobre intervenções desenvolvidas durante o estágio no âmbito das competências especializadas de enfermagem em pessoa em situação crítica no perioperatório.

Na Europa estima-se que todos os anos 4 000 000 de pessoas adquirem uma IACS, estimando-se que cerca de 37 000 como consequência direta dessa infeção (European Centre for Diseases Prevention and Control, 2008). Destas infeções estima-se que entre 20 a 30 % poderão ser prevenidas através procedimentos promotores de melhor higiene e de controlo da infeção (European Centre for Diseases Prevention and Control, 2008). Perante esta evidência o European Centre of Disease and Control (ECDC) publicou uma proposta no âmbito da segurança do doente, na qual reconhece as IACS como um problema grave de saúde pública e incentiva os seus membros a intervir nesta área (European Centre for Diseases Prevention and Control, 2008).

Em Portugal em 2012 a taxa de prevalência global de Infeção adquirida no hospital (IH) no inquérito nacional foi de 10,6%, sendo substancialmente maior do que os 6,1% obtidos na União Europeia (Pina et al., 2013). Das IH as infeções respiratórias inferiores foram as mais frequentes, representando 29,3% (620 casos identificados) de todas as infeções identificadas neste inquérito (Pina et al., 2013). Neste universo, das infeções respiratórias inferiores identificadas, 80% foram pneumonias, correspondendo a uma taxa de prevalência de 3,4 por 100 doentes internados (Pina et al., 2013).

As taxas de prevalência da infeção nosocomial das unidades de cuidados intensivos (39,7%) e dos Serviços de Cirurgia (16,3%) foram as mais elevadas nos hospitais portugueses (Pina, Silva, & Ferreira, 2010). Segundo os dados apresentados no estudo do European Centre for Diseases Prevention and Control (ECDC) (2008) dos 51621 doentes que permaneceram mais de dois dias numa unidade de cuidados intensivos, 6,8% desenvolveram pneumonia.

No contexto do doente crítico o objetivo primordial de uma unidade de cuidados intensivos é suportar e recuperar as funções vitais, criando condições para tratar a doença subjacente e proporcionar aos doentes oportunidades para uma vida futura com qualidade (Direção-Geral da Saúde, 2003).

A unidade de cuidados intensivos onde decorreu o estágio era uma unidade polivalente admitindo doentes maioritariamente do foro médico mas também do foro cirúrgico, estes últimos alguns no período pós-operatório, mais frequentemente após cirurgia vascular ou da cavidade abdominal.

Ao longo deste período de estágio foi possível prestar cuidados a diversos doentes com diferentes situações patológicas. Inicialmente nenhum dos doentes internados no serviço tinha sido submetido a uma intervenção cirúrgica recentemente. Tendo inquirido sobre a casuística do serviço e dado a conhecer à equipa de enfermagem os meus objetivos de estágio, desenvolvi nas primeiras semanas os conhecimentos e as competências que me permitissem prestar cuidados a estes doentes em situação crítica, de forma mais autónoma (embora sempre sob a supervisão do orientador).

No enquadramento dos dados referentes às IACS anteriormente apresentados e considerando o contexto mais favorável para alcançar o objetivo delineado para o estágio, nomeadamente “Atuar na prevenção e controlo das IACS na pessoa em situação crítica, com SIRS ou sépsis no perioperatório”, foi necessário selecionar uma área da prestação de cuidados através das quais fosse possível adquirir e desenvolver as competências especializadas de enfermagem em pessoa em situação crítica. Assim, durante o estágio em contexto de cuidados intensivos (período mais longo) selecionei as intervenções especializadas de enfermagem para a prevenção e controlo da PAV. No estágio em serviço de urgência (período mais curto) selecionei as intervenções de enfermagem especializadas na prevenção e controlo da infeção dos locais de inserção dos dispositivos invasivos.

Começo por apresentar as intervenções especializadas de enfermagem para a prevenção e controlo da PAV, em contexto da unidade de cuidados intensivos, por ter sido esteo primeiro contexto de estágio.

A PAV é uma infeção respiratória nosocomial associada à ventilação mecânica (Pina, Silva, & Geada, 2004). A pneumonia é definida como uma infeção do parênquima pulmonar e classifica-se em dois grupos: adquiridas na comunidade e nosocomiais (Susan E. Coffin MPH et al., 2008; Swearingen & Keen, 2003). A Pneumonia Associada à Ventilação mecânica (PAV) é uma infeção nosocomial que se desenvolve como consequência da entubação traqueal e ventilação mecânica (Tablan, Anderson, Besser, Bridges, & Hajjeh, 2004).

Os fatores de risco acrescido para a PAV segundo Pina et al. (2004) são: idade extrema (superior a 70 anos; doença grave concomitante; imunossupressão; depressão do estado de consciência e traumatismo, craniano encefálico; doença cardíaca ou pulmonar; no pós-

operatório de uma cirurgia torácica e abdominal; doenças que alteram a motilidade gastrointestinal ou esvaziamento gástrico; episódios de aspiração de vómito; administração prévia de antibióticos; presença de sonda gástrica; má nutrição; administração de curarizantes/sedativos; doentes com queimaduras em situação crítica.

Foi possível identificar a maioria destes fatores de risco nos doentes internados no serviço de cuidados intensivos. Num primeiro momento, face aos doentes aos quais prestei cuidados, foi necessário conhecer e compreender os mecanismos fisiológicos e os fatores de risco associados à PAV, presentes na atual situação de doença, assim como os fatores individuais que caracterizam a pessoa que estava vivenciar aquele processo de doença. Este processo de raciocínio clínico foi partilhado com a enfermeira tutora, tendo sido desenvolvido através da consulta dos protocolos do serviço e de pesquisa bibliográfica por forma a sustentar a aprendizagem e o desenvolvendo competências especializadas de enfermagem.

Relativamente a origem dos agentes patogénicos foi importante clarificar que segundo Pina et al(2004) a infeção pode ser: endógena – da flora do doente; secundariamente endógena – flora que coloniza a orofaringe do doente em consequência da sua hospitalização; exógena – da flora exterior ao doente, em consequência dos cuidados prestados (Pina et al., 2004).

Relativamente ao fatores de risco endógenos as intervenções de enfermagem reportaram-se à avaliação inicial do doente no que se refere aos seus antecedentes e à atual situação de doença. Estas intervenções foram realizadas recorrendo ao doente, ao seu processo clínico, aos elementos da equipa multidisciplinar e quando possível aos familiares. Destaco nesta dimensão, a importância do desenvolvimento da comunicação como uma das competências especializadas de enfermagem em pessoa em situação crítica (Ordem dos Enfermeiros, 2011c) e deste curso de mestrado (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, 2012a).

As competências no domínio da comunicação permitem que o enfermeiro preste cuidados personalizados e adaptados as diferentes situações problema. Na perspetiva da avaliação inicial do doente Collière(1999) refere que o processo de cuidados deve começar

“(…)por um levantamento das necessidades vitais e pela procura de uma forma de lhes responder, há que fazer apelo a conhecimentos diversos de natureza diferentes para

perceber os sinais do processo saúde-doença e compreender a sua significação, isto é, decodificá-los, procurando o seu sentido em relação à pessoa que os vive em ligação com o seu contexto de vida e as suas atividades.” (Collière, 1999 p.245);

Identifiquei por um lado que o processo de comunicação deve ser planeado, procurando informações, avaliações com vista ao julgamento clínico, o qual Tanner (2006) define como uma interpretação ou conclusão das necessidades do doente, preocupações ou problemas de saúde e/ou decisão de agir para usar ou modificar abordagens padrão, ou ainda para improvisar novas abordagens, consoante for considerado apropriado pela resposta do doente (Tanner, 2006). Por outro lado identifiquei que no contexto da unidade de cuidados intensivos, o doente pode ser frequentemente esquecido enquanto fonte de informação, sendo frequente ouvir justificações da equipa multidisciplinar que este se encontra sobre o efeito de sedativos e ou confuso. Porém, em alguns processos de evolução favorável da doença, com a redução da sedação e do suporte ventilatório, foi possível comunicar com eficácia com alguns doentes e identificar os seus gostos, hábitos e desejos ao longo do processo de cuidados e das intervenções planeadas. Através da relação com o doente, o enfermeiro pode potenciar estes sentimentos de segurança e confiança, ao identificar as suas necessidades e sentimentos face a situação que este está a vivenciar, a qual é reportada por alguns doentes como de sofrimento, confusão, incerteza do que é esperado de si e medo perante as intervenções ou alterações ao seu estado (Rosário, 2009). Neste sentido Collière(1999) refere que “é a relação com o doente que se torna o eixo dos cuidados, no sentido em que é simultaneamente, o meio de conhecer o doente e de compreender o que ele tem, ao mesmo tempo que detém em si própria um valor terapêutico”(Collière, 1999: 152)

Relativamente à avaliação do riscos na PAV foi importante compreender a relação entre os fatores endógenos e exógenos e seu impacto na elaboração do plano de cuidados e na implementação das intervenções de enfermagem, como são exemplo a utilização de métodos invasivos de monitorização e a adequação dos instrumentos de avaliação e medida, que permitiam monitorizar a evolução do doente. Quanto à intervenção para a prevenção da PAV e sabendo que para além da presença do Tubo endotraqueal (TET), são considerados fatores de risco (Pina et al., 2004), o decúbito dorsal a antibioterapia (prévia ou prolongada), e a úlcera de stress (a evidência científica da sua profilaxia ainda era referida como inconclusiva) (Pina et al., 2004).

O Institute for Health Care Improvement(2012) preconiza um protocolo de intervenção para a prevenção da PAV através de cinco intervenções com nível de evidência, que suportadas por investigações clínicas científicas. Essas cinco intervenções são: a elevação da cabeceira da cama do doente entre trinta a quarenta e cinco graus (se não houver contra-indicação expressa trauma); interrupção diária da sedação e o despertar do doente para avaliar a sua capacidade para ser extubado; profilaxia da úlcera péptica; profilaxia dos fenómenos de trombose venosa profunda; cuidados diários à orofaringe com clorexidina(Institute for Health Care Improvement, 2012). Quatro destas cinco intervenções eram parte integrante do protocolo do serviço para a prevenção da PAV. Existia alguma discussão quanto aos momentos de higienização da cavidade oral e à pertinência da aspiração das secreções subglóticas para a prevenção da PAV, previamente a qualquer mobilização do doente ou do tubo traqueal. Na perspetiva de compreender a importância desta discussão sobre a aspiração das secreções subglóticas e com o apoio da tutora do local de estágio, realizei uma revisão da literatura sobre a PAV tendo encontrado estudos e referências que preconizavam a aspiração frequente das secreções subglóticas antes das mobilizações do doente, como medida de prevenção da PAV.

Esta revisão da literatura permitiu clarificar e fundamentar a importância de cada intervenção e referenciar alguma evidência científica junto da equipa de enfermagem e da equipa médica. ¹Após esta revisão e por mútuo acordo com a enfermeira tutora, modificámos a forma como iniciávamos o processo de cuidados ao doente pelo qual eramos responsáveis. Sempre que era necessário mobilizar o tubo endotraqueal, ou mobilizar o doente as intervenções sucediam-se primeiro a retificação da pressão do cuffseguida pela aspiração das secreções subglóticas(Chao, Chen, Wang, Lee, & Tsai, 2009; Tolentino-DelosReyes, Ruppert, & Shiao, 2007). A aspiração das secreções

¹Pesquisa bibliográfica realizada em 25-05-2013. Plataforma EBSCOhost para acesso às seguintes bases de dados: CINAHL PluswithFullText; MEDLINE withFullText; CochraneDatabaseofSystematicReviews. Pergunta de investigação em formato PICO: “Quais as intervenções de enfermagem (intervention), em pessoas adultas submetidas a ventilação mecânica invasiva (population), que contribuem para a prevenção da pneumonia (outcomes)?”.Termos de pesquisa (P)opulation [criticalpatient, critical care]-, (I)ntervention [nursing, nursingcare, nursinginterventions, nurses], (o)utcome [PAV, Infection,Crossinfection].Protocolo (P) Booleanor n=248345;(I) Booleanor n=1.158.342; (C)Booleanor n=971.104. (P)and(I)and(O)n=3.445. Filtro 01-01-2007 a 01-01-2013 e texto integral, n=439. Critérios de inclusão: adultos maiores de 18 anos e metodologia quantitativa e ou qualitativa.n=10.

subglóticasimpulsionou a necessidade da verificação prévia da pressão do balão do cuff do tubo endotraqueal como barreira adicional à microaspiração de secreções, mas também pela pertinência de prevenir a lesão da mucosa da traqueia, podendo também ser esta o foco de infeção na origem da PAV (Cason, Tyner, Saunders, & Broome, 2007; Sole, Penoyer, Bennett, Bertrand, & Talbert, 2011; Susan E. Coffin MPH et al., 2008).Ao longo do tempo fomos partilhando com a restante equipa de enfermagem esta prática e a avaliação dos conteúdos aspirados, quanto à quantidade e características das secreções. Posteriormente, as referências da bibliografia e as evidências por nós avaliadas foram transmitidas e discutidas com o enfermeiro chefe e a equipa de enfermagem, promovendo algum consenso, embora esta intervenção não tenha sido colocada (durante o estágio) como adenda ao protocolo já existente.

Deste processo constituiu aprendizagem relevante a sistematização das intervenções autónomas de enfermagem que pude desenvolver para a prevenção da PAV, segundo o protocolo do serviço e complementarmente com alguma bibliografia consultada (Institute for Health Care Improvement, 2012; Susan E. Coffin MPH et al., 2008). São exemplo destas intervenções a: higienização das mãos; a utilização de equipamentos individuais de proteção para a manipulação de secreções e aerossóis daí resultantes; a verificação da pressão do balão do cuff do tubo endotraqueal; a aspiração de secreções subglóticas; avaliação do conteúdo gástrico (Institute for Health Care Improvement, 2012).

Destaco ainda da minha aprendizagem na prevenção da PAV a importância da interpretação radiográfica de tórax (segundo protocolo do serviço era realizado diariamente a todos os doentes) para o planeamento dos cuidados de enfermagem, no que se refere à identificação de atelectasias e ou campos de hipoventilação pulmonar, as quais requereram adaptações das intervenções de enfermagem na perspetiva dos cuidados de higiene e ou de mobilização e posicionamento dos doentes. Estas avaliações e intervenções realizadas autonomamente, pela equipa de enfermagem eram frequentemente discutidas com a equipa médica presente no serviço e originavam com frequência a definição de estratégias conjuntas. Um exemplo destas estratégias conjuntas era a associação da alteração dos parâmetros ventilatórios, com os posicionamentos mais prolongados do doente (em decúbitos específicos), por forma a melhorar a função respiratória. Salienta-se também, nestas intervenções a importância do raciocínio clínico partilhado para a tomada de decisão, realizadopreviamente a qualquer intervenção entre

os elementos da equipa multidisciplinar mais diretamente ligados à prestação de cuidados ao doente. O objetivo central deste raciocínio partilhado era analisar a pertinência e a forma de realizar as intervenções considerando as condicionantes e potencial do doente, como por exemplo o potencial da função cardíaca, a integridade óssea e cutânea e ainda a disponibilidade da equipa multidisciplinar, naquele momento, para desenvolver essas intervenções assegurando-se à posterior da sua monitorização e avaliação, garantindo a segurança e o melhor efeito benéfico para o doente.

Tive a oportunidade de desenvolver o plano de cuidados a um doente no pós-operatório imediato, após uma cirurgia vascular emergente no contexto de rotura de aneurisma da aorta abdominal, tendo o doente sido submetido a um “Bypass” femoral bilateral. O objetivo central estabelecido para este doente, pela equipa multidisciplinar da unidade de cuidados intensivos foi prevenir a infeção hospitalar. Foram definidos outros objetivos tendo como finalidade o encerramento da parede abdominal após um período de três dias após a diminuição do edema dos órgãos da cavidade abdominal e a consolidação das anastomoses.

Segundo a European Society for Vascular Surgery (ESVS) considera-se aneurisma abdominal, uma dilatação da aorta abdominal igual ou superior a três centímetros (Moll et al., 2011). A etiologia da doença está associada à idade avançada, ao sexo masculino, historia familiar de aneurisma e tabagismo (Moll et al., 2011). Estes autores referem ainda que os doentes com aneurisma abdominal em situações urgentes e sintomáticos (dor abdominal posterior, pélvica e do flanco, massa pulsátil, isquemia do membro, hipotensão, lipotimia, náusea) tem um maior risco de terem uma rotura do aneurisma, podendo estes sintomas ter início apenas a algumas horas ou em alguns casos, alguns dias dependendo da localização e contensão abdominal da rutura pelos órgãos envolventes (Assar & Zarins, 2009).

A rutura do aneurisma abdominal é uma doença grave que coloca o doente em risco de vida, atingindo cerca de 5 a 9% da população com mais de 65 anos (Thompson et al., 2006). Segundo Hertz et al.(2002)(também citado em Moll et al. 2011) as complicações perioperatórias deste tipo de cirurgia incluem: complicações cardíacas (arritmia, enfarte do miocárdio; falha cardíaca congestiva); complicações pulmonares (pneumonia, embolismo); complicações renais com insuficiência renal; sépsis; acidente vascular cerebral (AVC); complicações do local da incisão cirúrgica (complicações da ferida,

obstrução intestinal e isquemia, hemorragia retroperitoneal, amputação)(Hertzer et al., 2002).

O doente ao qual tive oportunidade de prestar cuidados foi intervencionado após rotura de aneurisma abdominal infra-renal apresentava alguns dos fatores de risco anteriormente descritos, nomeadamente: sexo masculino; 69 anos; história de dor com cerca de 24 horas de evolução; rotura a aorta abdominal; Este doente foi admitido na unidade de cuidados intensivos por apresentar hipertensão da cavidade abdominal (edema e SIRS), não tendo sido possível fazer o encerramento da parede abdominal, o doente tinha um penso oclusivo e de contenção da parede abdominal. Não foram referenciadas intercorrências anestésicas no intraoperatório.

Durante os três dias seguintes como tinha sido definido inicialmente, colaborei no processo de cuidados a este doente, tendo observado que diariamente a equipa multidisciplinar reforçava os objetivos delineados, nas reuniões de passagem de turno ou de tomada de decisão clínica. Destaco neste contexto a atitude da equipa de enfermagem traduzida por processos de comunicação claros e intencionais para com todos os elementos da equipa que prestavam cuidados ao doente, envolvendo-os de forma ativa nos objetivos delineados.

Este fenómeno de mudança de atitude da equipa multidisciplinar foi observado desde o primeiro dia de internamento do doente na unidade, após serem conhecidos os objetivos da equipa cirúrgica e por sugestão explícita de um dos enfermeiros coordenadores. Esta sugestão foi discutida naquele momento no seio da equipa multidisciplinar que se encontrava na unidade e foi posteriormente difundida de forma continuada pelas restantes equipas. Ao longo dos dias e turnos foi distinta a forma intencional como cada equipa reforçava os objetivos para este doente e o plano de cuidados implementados, observou-se uma mudança na forma como a equipa comunicou. Neste sentido Siegele(2009) refere que o sucesso do trabalho de equipa multidisciplinar em cuidados intensivos, requer estratégias de comunicação para identificar e partilhar objetivos comuns no planeamento e prestação de cuidados ao doente. Esta autora acrescenta que nem sempre os profissionais reconhecem que a eficácia da comunicação é crucial para criar ambientes mais seguros para os doentes (Siegele, 2009). A definição no plano de cuidados, de objetivos diários focados na perceção da equipa de enfermagem sobre as necessidades do doente, promove o potencial das competências de cada enfermeiro, aumentando a

motivação e facilitando a comunicação e evitando a duplicação e intervenções pouco eficazes (Siegele, 2009).

Ainda no contexto da comunicação observei igualmente uma mudança na comunicação com a família, incentivada a visitar o seu familiar e a conhecer os objetivos propostos e as intervenções de conforto desenvolvidas ao seu familiar.

As intervenções de enfermagem que desenvolvi com este doente deram continuidade ao desenvolvimento de competências que tinha iniciado anteriormente. À monitorização dos parâmetros hemodinâmicos, ventilatórios e dos dispositivos invasivos que permitam criar condições para instituir um plano de controlo da dor e da sedação, associaram-se também a monitorização de parâmetros específicos deste tipo de cirurgia, como a palpação dos pulsos periféricos e a integridade do penso cirúrgico. Destaco um outro parâmetro pertinente a avaliar, a pressão intra-abdominal (PIA), a qual permitiu avaliar a evolução do doente na perspetiva de estarem reunidas as condições para o encerramento da parede abdominal.

A PIA é a pressão presente na cavidade abdominal e em todos os seus órgãos, sendo considerada hipertensão intra-abdominal entre 12 a 20 mmHg e síndrome compressiva abdominal acima de 20 mmHg (Bersten & Soni, 2009). A avaliação deste parâmetro pode ser realizada num qualquer ponto da cavidade abdominal, traduzindo a pressão de toda a cavidade e seus órgãos, neste sentido a forma mais simples e frequentemente utilizada é a avaliação da pressão interna da bexiga através da algália (Malbrain et al., 2006). A PIA aumenta por ação dos: movimentos respiratórios; posicionamento do doente; aumento do volume dos órgãos da cavidade abdominal por se encontrarem repletos de ar, sangue, fezes; presença de ascite ou lesão ocupando espaço; presença de condições que limitam a expansão da parede como o edema da parede (Malbrain et al., 2006).

Neste contexto PIA foi um parâmetro relevante a mobilizar durante o raciocínio clínico para construção do plano de cuidados e intervenções a desenvolver a este doente. As avaliações obtidas por este parâmetro permitiam identificar a diminuição do edema e da pressão abdominal, permitindo encontrar alternativas diferentes para alcançar os outros objetivos. Um exemplo repercussão da avaliação da PIA foi a impossibilidade da elevação da cabeceira a trinta graus para prevenção da PAV (Institute for Health Care Improvement, 2012) , no primeiro dia, sendo necessário adotar outras alternativas como

aumentar a frequência da monitorização da pressão do cuff do TET e a aspiração das secreções subglóticas. Esta decisão clínica sobre este compromisso encontrado foi validada com enfermeira tutora do estágio, tendo presente a situação de doença do doente e dos objetivos definidos pela equipa multidisciplinar. Nos dias seguintes, com a diminuição da PIA foi possível inclinar todo o plano da cama de forma progressiva, com a monitorização frequente da PIA, até alcançar o ângulo mínimo de trinta graus. Este processo já tinha sido apreendido anteriormente e foi demonstrado neste processo de prestação de cuidados.

Por um lado o penso oclusivo e de contensão da parede abdominal pretendia manter a integridade e assepsia da cavidade abdominal, até à reversão da hipertensão abdominal. Contudo, a presença do próprio penso a mobilização e os posicionamentos do doente poderiam aumentar a PIA provocando eventuais lesões sobre os órgãos ou a artéria intervencionados.

Contudo, a situação deste doente destaca-se também pela necessidade de encontrar uma resposta em cuidados face a outro evento crítico referente à drenagem de líquido ascítico pelo penso cirúrgico que se começou a descolar. Num primeiro momento esta situação foi controlada e monitorizada na perspetiva de confirmar se existia um aumento da pressão abdominal, o que não se verificava. Porém, com a perda de integridade do penso era maior o risco do doente desenvolver um IACS por se encontrar exposto ao ambiente e cuidados da unidade de cuidados intensivos (Pina et al., 2013; Pina, Silva, & Ferreira, 2010)

Dada a grande quantidade de líquido ascítico drenado da cavidade abdominal através do penso, o doente apresentava risco de maceração da pele e comprometimento da integridade cutânea. A resolução desta situação passava pela intervenção da equipa cirúrgica e a realização de um novo penso cirúrgico. Inicialmente a equipa cirúrgica sugeriu que a substituição do penso fosse realizada na unidade, tendo a equipa de enfermagem desaconselhado essa prática face ao risco de infeção inerente às unidades de cuidados intensivos (Pina, Ferreira, Marques, & Matos, 2010; Pina et al., 2013). Neste sentido, o enfermeiro responsável pelo doente envolveu intencionalmente o enfermeiro coordenador e a equipa médica da unidade de cuidados intensivos na tomada de decisão. Posteriormente foi confirmado que não seria possível levar este doente ao bloco operatório naquele dia para refazer o penso. Perante esta situação emergiu a experiência

e o julgamento clínico do enfermeiro coordenador, o qual sugeriu uma intervenção de contensão dos fluidos drenados, sem retirar o penso cirúrgico utilizando um aspirador de baixa pressão. O resultado desta intervenção foi monitorizado de forma mais próxima nas primeiras horas, verificando-se a recuperação da integridade do penso cirúrgico, sendo também agora possível contabilizar o líquido ascítico drenado. Este processo de tomada de decisão e intervenção foi um momento importante na minha aprendizagem quer pela mobilização de conhecimentos e conceitos, quer pela forma sistematizada, fundamentada e partilhada com que foi desenvolvido, entre os profissionais diretamente envolvidos na resolução de uma necessidade do doente.

Apresento de seguida as intervenções de enfermagem especializadas, em contexto do serviço de urgência para a prevenção e controlo da infeção dos locais de inserção dos dispositivos invasivos.

Relativamente ao risco dos doentes internados terem uma IACS, Pina, Ferreira et al (2010) apresentam uma análise tridimensional para compreender o problema. O risco dos doentes durante o internamento contraírem uma IACS está associado: ao processo de cuidados e à presença de dispositivos invasivos; aos procedimentos invasivos como a cirurgia; à prescrição de antibióticos e ao desenvolvimento de microrganismos multirresistentes (Pina et al., 2013). Nesta linha de pensamento, importa ponderar sobre a dimensão do “processo de cuidados”, dimensão em que o enfermeiro tem intervenção relevante e por isso, pode ajudar a controlar.

Ao longo do processo de cuidados em contexto de urgência, saliento a importância do desenvolvimento do raciocínio clínico, para identificar potenciais situações de infeções prévias adquiridas na comunidade ou em internamentos anteriores. Este raciocínio neste contexto permite que o enfermeiro reúna, num curto espaço de tempo, as informações pertinentes para atual situação de doença, tome decisões e atue centrado na pessoa e na situação de doença atual. Este aspeto é revelante dado que, das infeções hospitalares identificadas em 2012, 23,1% estavam presentes na admissão do doente ao hospital, sendo que destas, 58,9% tinham sido adquiridas no mesmo hospital e 27,4% em outro hospital (Pina et al, 2013).

No serviço de urgência o desenvolvi algumas intervenções de comunicação interpessoal que contribuíram para melhor sistematização das intervenções desenvolvidas com o

doente. Exemplos destas intervenções são a colheita de inicial de dados junto do doente em situação crítica e família e à interação com a equipa de saúde, na perspetiva da tomada de decisão centrada na pessoa e na situação atual de doença. Neste contexto desenvolvi também intervenções que visaram avaliar, estabilizar e controlar a situação de doença em situação crítica, como por exemplo a avaliação da dor, dos parâmetros hemodinâmicos, a realizando técnicas invasivas (colocação de cateter venoso periférico, algaliação, sonda naso/orogástrica) e a implementação de protocolos terapêuticos. A colocação e monitorização destes dispositivos invasivos foi realizada segundo as recomendações de prevenção da infeção para os dispositivos invasivos (Pina et al., 2006). Destaca-se destas técnicas invasivas a utilização de pensos transparentes sobre o local de inserção dos cateteres, que permitiam visualizar sinais de infeção e ou eventuais exsudados, sendo prática protocolada nessas situações substituir o penso e desinfetar o local com solução alcoólica ou ainda mudar o local de inserção do dispositivo, reportando, em qualquer das situações, estes eventos no processo do doente e verbalmente à equipa médica.

Neste serviço a prática frequente da equipa de enfermagem reportar os eventos adversos é como refere Nunes(2006) um dever do enfermeiro, co-responsabilizando-se e trabalhando em articulação e complementaridade com os outros profissionais, na medida em que nossas decisões quanto ao processo de cuidados e a responsabilidade para o doente de quem cuida, pertencem-lhe e constituem-no enquanto profissional da equipa de saúde.

2.2 – Avaliação e controlo da dor na pessoa com SIRS ou sépsis no perioperatório

A dor encontra-se instituída como 5º sinal vital pela (Direção Geral da Saúde, 2008a) sendo considerado “(...) boa prática e obrigatória a avaliação e o registo regular da intensidade da dor (...)” (Direção Geral da Saúde, 2008:8) utilizando escalas validadas e o registo sistemáticos no processo do doente.

No serviço de cuidados intensivos onde decorreu o estágio encontram-se implementadas para a avaliação da dor, a escala numérica para os doentes que conseguem reportar a sua dor e a escala BehavioralPainScale (BPS) para os doentes que se encontram com intubação traqueal e ventilados. Estas escalas estão de acordo com as recomendações do Grupo de Avaliação da Dor (2011) e as conclusões do relatório do estudo realizado por Pinho, Carneiro, & Alves, (2012).

A escala BehavioralPainScale– IntubatedPatient(BPS-IP) foi desenvolvida em 1997 no Hospital AlbertMichallon em Grenoble (França), com base no estudo de Puntilloet al., no qual foi identificada a relação entre as dimensões da expressão facial, do movimento dos membros superiores e da adaptação ao ventilador, com o autorrelato de dor em doentes cirúrgicos (Batalha, Flgueiredo, Marques, & Bizarro, 2013).

A partir das três dimensões identificadas por Puntilloet al (1997), foi construída por Payen et al. (2001) a escala BehavioralPainScale, que apresentava quatro descrições do comportamento para cada uma das dimensões já descritas, às quais atribuíam pontuações, indicando ausência de dor (pontuação 1) e a um máximo de dor (pontuação 4) (Cade, 2008). A pontuação total varia entre os 3 (sem dor) e os 12 pontos (dor máxima) (Cade, 2008).

As minhas aprendizagens no domínio da avaliação e controlo da dor no doente crítico foram progressivas, sendo necessário conhecer os instrumentos de avaliação utilizados e os protocolos terapêuticos utilizados no serviço. Foi necessário mobilizar competências já adquiridas sobre gestão de protocolos terapêuticos complexos e adquirir competências na administração de alguns fármacos, tendo desenvolvido consultas nas bulas, nos prontuários terapêuticos, nos livros disponíveis no serviço e através de pesquisas bibliográficas. Recorri ainda aos serviços farmacêuticos e à equipa médica do serviço.

Não obstante, surgiu uma dificuldade na avaliação dos doentes que não conseguiam reportar a sua dor, utilizando os instrumentos (escala BehavioralPainScale – BPS ou escala numérica) implementados no serviço de cuidados intensivos. Perante esta dificuldade senti necessidade de aprofundar conhecimentos e de refletir sobre as minhas competências neste domínio. Assim, desenvolvi uma pesquisa bibliográfica para aceder à evidência científica sobre este tema e realizar um processo reflexivo, elaborado sob a forma de jornal de aprendizagem, cujas conclusões passo a apresentar de seguida.

A escala BPS foi testada e validada por vários autores, apresentando valores de fiabilidade interna que sustentam a sua utilização em cuidados intensivos (Cade, 2008)². Em Portugal esta escala foi adaptada e validada por Batalha et al(2013)³ apresentando boas propriedades psicométricas⁴, sendo considerada válida e fiável quando utilizada em doentes adultos submetidos a ventilação mecânica e incapazes de se auto-avaliarem. Porém, Batalha et al(2013) refere que são necessários mais estudos que permitam avaliar a validação e fiabilidade da escala BPS, em populações mais heterogéneas, representativas das populações mais comuns das unidades de cuidados intensivos em Portugal e em doentes com maiores intervalos de dor (com e sem dor).

Nesta unidade de cuidados intensivos a avaliação da dor, utilizando a escala BPS em doentes que não conseguem reportar a sua dor, é agendada nas avaliações periódicas da dor, sendo realizada pelo menos uma vez por turno, podendo ser repetida sempre que necessário, como por exemplo antes e depois de um procedimento doloroso.

Contudo, a avaliação da dor através da escala BPS suscitou algumas dificuldades na sua aplicação aos doentes que não conseguiam reportar a sua dor, originando duas situações.

² Síntese das propriedades psicométricas da escala BPS referenciados por Cade (2008): Payen et al (2001) – Weighted K Coeficiente= 0.74; Aissaoui et al (2005) - Interclasscorrelation= 0.95, α Cronbach=0.72; Young et al (2006) α Cronbach= 0.64.

³ Valores de referência para a análise da fiabilidade da BPS-IP (versão portuguesa) utilizados por Batalha et al(2013): consistência interna, referenciando George e Mallery (2003), α Cronbach = ≥ 0.7 aceitável, ≥ 0.8 boa, ≥ 0.9 excelente; Concordância entre observações para as variáveis ordinais referenciando Landis e Koch (1977), coeficiente de Kappa de Cohen= [0.41-0.60] moderados, [0.61-0.80] substanciais, [0.81-1.0] excelentes; Concordância entre as observações na pontuação total da escala referenciando Kramer e Feinstein (1981), Coeficiente de correlação para interclass (ICC) = >0.75 boa concordância.

⁴ Síntese das propriedades psicométricas da escala BPS-IP (versão portuguesa) referenciados por Batalha et al(2013): consistência interna, α Cronbach 0,65 para o observador 1 e de 0,73 para o observador 2; A percentagem de concordância entre observações variou entre 90% a 95%; O nível de concordância avaliado pelo coeficiente Kappa de Cohen variou entre 0,22 e 0,66; Concordância entre as observações na pontuação total, avaliado pelo Coeficiente de correlação para interclass (ICC) foi de 0,79.

A primeira situação refere-se aos doentes que se encontrando-se com suporte ventilatório mecânico através do TET, que apresentavam um bom estado de alerta, mobilizavam os membros superiores, para interagirem com o seu meio e demonstrando capacidades de observação e comunicação não-verbal, de curta duração e ou longa duração. Nestes doentes a dor era avaliada através da escala BPS, que se encontra dividida na avaliação de três dimensões a expressão facial, aos movimentos dos braços e a adaptação ventilatória. A pontuação desta escala situa-se entre um e quatro em cada uma das dimensões correspondendo uma maior pontuação a um maior nível de dor. Porém, nos doentes acima descritos a pontuação obtida na dimensão da mobilização dos membros (por não estarem em repouso) está associada a níveis elevados de dor, obtendo-se pontuações globais mais elevadas. Alguns destes doentes conseguiam comunicar (forma não verbal) confirmando que não tinham dor. As avaliações da dor, naquele momento e a sua comparação analítica ao longo do tempo ficavam enviesadas. Em suma seriam atribuídas pontuações mais altas de dor dependendo da aleatoriedade de o doente mexer os membros superiores no momento da avaliação.

Esta situação é referida também por Batalha et al. (2013), que identifica ainda outras lacunas desta escala BPS, por não especificar sobre a qualidade, tipo ou localização da dor e ainda, porque cria alguma confusão devido a pontuação mínima em cada avaliação que começa em três, em vez de em zero (ausência de dor), como na maioria das outras escalas.

Uma situação da prática clínica, recorrente, que exemplifica o problema da falta de correspondência dos valores mínimos da escala BPS refere-se ao doente que, embora intubado consegue reportar por gestos a ausência de dor.

Perante estes doentes a avaliação da dor está associada a estratégias de comunicação adaptadas à intubação e à ventilação para que seja possível a utilização da escala numérica da dor. Porém, pude observar e discutir com a tutora que nem sempre o doente consegue colaborar nesta avaliação numérica, devido a diferentes níveis de alerta e a alterações da capacidade cognitiva, relacionadas com diferentes fatores fisiológicos, farmacocinéticos e psicológicos.

Como refere Wenham & Pittard (2009) os serviços de cuidados intensivos são um ambiente potencialmente hostil para a pessoa em situação crítica. Para além do

stress físico provocado pela própria doença, dor, sedação, intervenções e ventilação mecânica, existem fatores de stress psicológicos e psicossociais que são sentidos por estes doentes (Wenham & Pittard, 2009). Os mesmos autores referem que os doentes em serviços de cuidados intensivos submetidos a ventilação mecânica percecionam a incapacidade como um grande problema, não só pela incapacidade em si, mas também, por não compreenderem porque é que não conseguem falar e têm medo de não conseguirem voltar a falar (Wenham & Pittard, 2009). Alguns doentes percecionam níveis elevados de stress e evitam comunicar porque sentem que se esforçam tanto e não são compreendidos. Nestas situações avaliação da dor pode ser comprometida ou enviesada por falha do processo de comunicação.

A segunda situação, relacionada com a dificuldade em relatar a sua dor refere-se aos doentes que já não se encontravam intubados e não conseguem reportar a sua dor, traduzindo-se pela dificuldade em atribuir um valor numérico e ou em descrever a sua dor. Neste serviço de cuidados intensivos a avaliação dos doentes não intubados, é realizada recorrendo à escala numérica, a qual é explicada ao doente no momento da avaliação.

Alguns doentes, embora estivessem intubados com um TET tentavam comunicar, contudo neste processo nem sempre as respostas não-verbais eram coerentes, eventualmente por dificuldades em perceber a mensagem ou em passar a mensagem que pretendiam. Embora estes doentes interajam frequentemente com o meio envolvente, apresentam dificuldade em colaborar, sendo difícil percecionar o seu estado de orientação. Estes doentes na maioria das situações têm instituídos planos terapêuticos de analgesia e sedação que interferem com o seu estado de consciência e orientação. Perante esta evidência da prática clínica emergiu a necessidade de compreender a influência do estado de orientação do doente na sua autoavaliação da dor, tendo sido discutida com a enfermeira tutora.

Neste serviço de cuidados intensivos, o instrumento utilizado para avaliação do estado de sedação e analgesia é a escala de Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS), através da qual se classifica o estado de alerta do doente em três níveis, numa escala contínua entre +4 a -5 (Ely et al., 2003). Porém, esta escala baseia-se apenas num parâmetro categórico por grau, não permitindo uma fácil distinção entre uma sedação moderada e profunda, embora mostre considerável variabilidade dependente do utilizador (Ahlers et al., 2008). Complementarmente a este instrumento os enfermeiros e os médicos, avaliam o estado de

orientação do doente através da resposta a questões simples, relacionadas com o local onde o doente se encontra, a sua data de nascimento, qual é o mês ou o dia do ano presente.

Num primeiro momento, esta avaliação parecia adequada, porém, suscitava algumas dúvidas quando se avaliava o doente, num segundo momento e não existia referência quanto ao tipo de questões que o doente tinha respondido, e o doente apresentava algumas flutuações do estado de consciência e ou delírio. Neste enquadramento dialoguei com a orientadora sobre a ausência de um instrumento fiável, adequado a estes doentes e que pudesse ser utilizado de forma sistemática pela equipa de enfermagem e médica para avaliar e monitorizar os estados de orientação ou de delírio destes doentes. Assim, a percepção inicial relacionada com a avaliação da dor fez emergir a importância da dimensão do estado de orientação do doente, para compreender e planear as intervenções de enfermagem.

Foi necessário realizar pesquisa bibliográfica sobre a avaliação da dor e do estado de orientação e delírio dos doentes internados em cuidados intensivos, procurando identificar quais os instrumentos utilizados para a sua monitorização.

Relativamente ao estado de delírio, segundo a American Psychiatric Association (APA) (2000) referenciada por Olson(2012) é um distúrbio que se define por: 1) perturbação da consciência manifestada por uma diminuição da atenção, redução da capacidade de focar, de manter ou desviar a concentração; 2) alterações cognitivas (onde se incluem perturbações da memória, linguagem e orientação) ou o início de uma perturbação da percepção, que não é contextualizada por uma demência pré-existente; 3) desenvolvimento de curta duração, em horas ou dias, que apresenta flutuações ao longo do dia.

Pérez-Rada, Macías-García & Cataneo-Cerna(2012) acrescentam que o delírio é uma alteração aguda ou flutuante do seu estado mental, em que surge falta de atenção, pensamento desorganizado e alteração do nível de consciência, que está presente em cerca de 60 a 80 % dos doentes cirúrgicos com ventilação mecânica e em 50 a 70 % dos doentes sem ventilação mecânica nas unidades de cuidados intensivos. As formas de apresentação do delírio referem-se a transtornos da consciência, alteração cognitiva global, desorientação, transtornos da percepção, défice de atenção, alteração da atividade

motora (diminuição ou aumento dependendo do tipo de delírio), transtornos do ciclo de sono-vigília e flutuações do estado mental (Pérez-Rada et al., 2012). De outra forma Vasilevskis E. et al. (2011) referem que o delírio é uma das alterações agudas da função cerebral, que afeta cerca de 80% dos doentes em situação crítica, internados em serviços de cuidados intensivos (Devlin & Skrobik, 2011).

Por outro lado Marshall & Soucy (2003) e Spronk, Riekerk, Hofhuis, & Rommes (2009) referem que o delírio está associado a maiores taxas de mortalidade e morbilidade dos doentes internados em cuidados intensivos. Contudo, como referem Marshall & Soucy (2003) em serviços de cuidados intensivos os sinais e sintomas de delírio dos doentes não são reconhecidos ou são mal diagnosticados, referenciando a escala Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU) como um dos instrumentos a utilizar. Esta evidência é também referida por Spronk et al. (2009) que utilizando a escala CAM-ICU num serviço de cuidados intensivos polivalente, concluíram que cerca de 50% dos doentes apresentavam delírio, sendo este pouco reconhecido pelas equipas de enfermagem e médica. Neste estudo não foi possível identificar a especificidade do tipo de delírio hiperativo e hipoativo, referindo que o segundo é frequentemente menos reconhecido (Spronk et al., 2009). Esta perspetiva também é identificada por Olson (2012), referindo que dos três tipos de delírio hiperativo, hipoativo e misto, o segundo é o menos reconhecido. Os sintomas do delírio hipoativo são a letargia, apatia, lentidão sendo confundido com os estados depressivos (Olson, 2012).

Porém, segundo Vasilevskis E. et al. (2011) em serviços de cuidados intensivos quando os enfermeiros avaliam os doentes associando a escala CAM-ICU (avaliações de 12 em 12 horas) e a escala RASS (avaliações de 4 em 4 horas) em avaliações sistemáticas, obtêm-se informações fiáveis sobre o estado de delírio dos doentes, promovendo o desenvolvimento precoce de planos terapêuticos mais adequados, ajustando os níveis de analgesia e sedação de acordo com a monitorização da dor e dos estados de delírio.

No decorrer do estágio foi possível discutir com a tutora algumas situações dos doentes com delírio e ansiedade. Porém não foi possível utilizar a CAM-ICU na avaliação dos estados de delírio.

Perante as dificuldades de avaliação da dor em cuidados intensivos Chanques et al. (2009) adaptaram e validaram a escala Behavioral Pain Scale Non Intubated (BPS-NI) para

a avaliação da dor nos doentes não intubados, que não conseguem reportar a sua dor e que apresentam diminuição do estado de alerta e ou delírio. Este instrumento surgiu a partir da adaptação da escala BPS, substituindo o domínio da adaptação ao ventilador pelo domínio da vocalização (Chanques et al., 2009). Não obstante as limitações da população, Chanques et al.(2009) concluem que a escala BPS-NI é um instrumento válido, fiável e adequado para avaliar a dor nos doentes em situação crítica, não ventilados e que não conseguem reportar a sua dor, por diminuição do seu estado de alerta ou estado de delírio, podendo ser utilizada em associação com a escala CAM-ICU(Chanques et al., 2009).

O processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências especializadas de enfermagem na avaliação da dor teve início a partir da utilização de instrumentos já utilizados no serviço e na identificação de dificuldade na avaliação da dor de alguns doentes. Inicialmente percecionei que esta dificuldade na avaliação dos doentes era difícil de definir e descrever e que poderia estar relacionada com as condições do doente ou com a inadequação do instrumento para avaliação da dor em alguns doentes.

Surgiam questões do tipo: Como utilizar as escalas utilizadas do serviço para avaliar a dor dos doentes que não conseguem relatar? Como comunicar com estes doentes para avaliar a sua dor? Qual o estado de orientação dos doentes para colaborarem na avaliação? Porém, através da prática baseada na evidência foi possível refletir sobre a situação, não só na perspetiva da adaptação do instrumento, mas também na dimensão do estado de orientação do doente. Assim, a situação percecionada inicialmente redirecionou novamente o problema para a análise da situação do doente, em detrimento de se balizar exclusivamente na dificuldade de adaptação do instrumento de avaliação da dor.

Emergiu a necessidade de avaliar a e monitorizar o estado de orientação do doente e identificar os estados de delírio, que segundo a prática baseada na evidência demonstrou ser frequente nos doentes internados em cuidados intensivos. Esta situação da prática clínica revelou-se um momento de aprendizagem sobre a avaliação da dor dos doentes em cuidados intensivos, mas também sobre a necessidade de refletir sobre essa prática, fundamentada na evidência científica. Um dos aspetos positivos desta reflexão, sob a forma de jornal de aprendizagem, foi encontrar uma solução para a situação problema

inicial, aprendendo a refletir sobre a prática clínica, a sustentar e a fundamentar as soluções (hipóteses) encontradas através da prática baseada na evidência.

Como refere Santos (2009) a reflexão baseada na prática clínica é um processo subjetivo na qual a pessoa que faz a reflexão mantém em aberto, a possibilidade de mudar em termos de conhecimento e de crenças. Assim, através da reflexão a pessoa procura a evidência para sustentar o novo modo de pensar, recorrendo ao pensamento racional e crítico para o conseguir (Santos, 2009). É a este potencial formativo que Benner (2001) se refere quando fala das aprendizagens intencionais associadas ao processo de cuidados.

2.3 – Princípios e deveres ético-legais dos cuidados de enfermagem especializados em pessoa com SIRS e sépsis no perioperatório

Para o desenvolvimento desta competência especializada de enfermagem foi importante atualizar e aprofundar os conhecimentos sobre o domínio ético-legal. Comecei por compreender a importância do desenvolvimento desta competência no âmbito deste curso de mestrado, posteriormente analisei os documentos de referência para a profissão, nomeadamente o REPE (Ordem dos Enfermeiros, 2012b), o regulamento de competências do enfermeiro de cuidados gerais (Ordem dos Enfermeiros, 2012a) e o regulamento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em pessoa em situação crítica (Ordem dos Enfermeiros, 2011b, 2011c).

As intervenções de enfermagem que observei neste domínio ético-legal das competências especializadas referiram-se à tomada de decisão do enfermeiro relativamente a intervenções de cuidados. Em algumas situações foi possível identificar e participar na tomada de decisão. Neste contexto de cuidados foi relevante para a aprendizagem, observar a importância do conhecimento profundo do domínio ético legal desenvolvido por alguns enfermeiros. Nessas situações, observei que o enfermeiro ao identificar um problema ético, desenvolvia um processo de avaliação da situação do doente, tomava uma decisão e comunicava intencionalmente ao enfermeiro coordenador e à equipa médica. Este processo de comunicação era estruturado, sistematizado e bem fundamentado apresentando por vezes estratégias alternativas para a situação problema. Estas decisões fomentaram o meu desenvolvimento de competências, que num primeiro momento passou por compreender como estes enfermeiros construíram a sua fundamentação neste contexto de cuidados. Foi possível refletir com estes enfermeiros e analisar, à posteriori, com o enfermeiro tutor quais tinham sido as estratégias utilizadas em cada caso. Aprendi que cada um destes enfermeiros vai construindo ao longo do tempo (turno ou turnos) um processo cumulativo de recolha e análise da informação, através de um processo de reflexão crítica sobre a prática. Posteriormente, quando surgem as situações problema com o doente a quem estão a prestar cuidados, desenvolvem um processo de raciocínio clínico mais célere para a tomada de decisão ética, a partir das reflexões já realizadas. Exemplos desta prática foram as situações de priorização de cuidados entre doentes, adiamento de mobilizações ou posicionamentos, transportes a

exames auxiliares de diagnóstico e realização de procedimentos invasivos ou complexos, no contexto da sobrecarga de trabalho da equipa e no âmbito da segurança do doente. Em algumas situações, as tomadas de decisão pareciam extremamente rápidas, porém nestes casos alguns dos enfermeiros, dada a sua experiência da prática clínica, já tinham identificado o risco desta situação vir acontecer, pelo que tinham iniciado precocemente o processo de raciocínio clínico e tomada de decisão. Nesta unidade de cuidados intensivos o enfermeiro era solicitado frequentemente a assumir a defesa dos interesses do doente como é referido no REPE (Ordem dos Enfermeiros, 2012b).

Em algumas situações o enfermeiro responsável pelos cuidados ao doente não estava disponível para tomar decisões de domínio ético, garantindo os direitos e deveres do doente (Ordem dos Enfermeiros, 2012a, 2012b). Nestas situações, revelou-se importante o papel do enfermeiro coordenador que se envolvia nos cuidados ao doente e assumia a tomada de decisão ético-legal. Não obstante, nas situações que vivenciei, estes enfermeiros utilizaram outras estratégias além das anteriormente descritas. Recorrendo a estratégias de comunicação, acrescentavam à sua tomada de decisão, referências legais ao código deontológico, protocolos e a normas do serviço, identificando claramente o papel de cada profissional no processo de cuidados e a sua responsabilidade para com o doente. Neste contexto, este enfermeiro demonstrava competências descritas no regulamento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista à pessoa em situação crítica (Ordem dos Enfermeiros, 2011b, 2011c) das quais destaco a “assistência à pessoa e família nas perturbações emocionais decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica.” (Ordem dos Enfermeiros, 2011c:8656) e a competência em que o enfermeiro “faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, otimizando as respostas” (Ordem dos Enfermeiros, 2011c:8656).

Na perspetiva da prevenção e controlo da SIRS ou sépsis no perioperatório surgiram algumas situações relativas aos dispositivos invasivos com as quais pude aprender e desenvolver competências especializadas de enfermagem no domínio ético-legal. Algumas situações reportaram-se à identificação de sinais de SIRS nos locais de inserção dos dispositivos, outras referiram-se a monitorização e às características do conteúdo dos drenos da cavidade abdominal. Nestas situações a tomada de decisão passou pelo registo destes eventos no processo do doente e pela comunicação à equipa médica,

participando na tomada de decisão e na definição de estratégias de intervenção. Estas intervenções estão de acordo com o regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem em pessoa em situação crítica, no sentido em que

estes cuidados de enfermagem exigem observação, colheita e procura contínua de forma sistemática de dados, com os objetivos de conhecer continuamente a situação da pessoa alvo dos cuidados, de prever e detetar precocemente as complicações de assegurar uma intervenção precisa, concreta, eficiente e em tempo útil(Ordem dos Enfermeiros, 2011a).

Na perspetiva da qualidade em saúde(Direção-Geral da Saúde, 2013:2), uma outra situação em que pude participar, refere-se a um doente em período pós-operatório, após rotura de aneurisma abdominal anteriormente descrita no ponto quatro deste relatório. Devido à perda de continuidade do penso e drenagem de exsudado a equipa cirúrgica pretendia refazer o penso, tendo solicitado a colaboração da equipa de enfermagem. Num primeiro momento o enfermeiro responsável pelo doente procurou conhecer os objetivos e as implicações da intervenção para o doente, o que lhe permitiu elaborar o seu julgamento da situação. O resultado desse julgamento clínico fê-lo agir e manifestar-se contra a realização do procedimento na UCI, fundamentando a sua decisão na situação atual do doente, nos riscos para o doente ao se expor a cavidade abdominal, considerando as IACS em contexto de cuidados intensivos e o impacto que essa intervenção teria nos objetivos iniciais traçados para o doente, de estabilização hemodinâmica e de controlo da dor, permitindo o controlo da SIRS, do edema da cavidade e dos órgãos abdominais. No entanto, esta intervenção do enfermeiro responsável pelo doente não foi compreendida pela equipa cirúrgica que se encontrava focada naquele momento, no penso cirúrgico e na necessidade de o refazer. A forma encontrada para lidar com esta situação surgiu naturalmente pelo enfermeiro coordenador que, assertivamente alargou a discussão sobre esta intervenção ao médico da unidade de cuidados intensivos,responsável pelos doentes aí internados. A comunicação foi agilizada como um instrumento facilitador para motivar a equipa multidisciplinar a procurar alternativas. Nesta situação encontrou-se uma alternativa com o envolvimento da toda a equipa que viria a revelar-se muito eficaz.

2.4 – Aprendizagem e desenvolvimento de competências de reflexão sobre prática clínica.

Neste capítulo apresenta-se o processo de desenvolvimento de aprendizagem e desenvolvimento de competências de reflexão sobre a prática clínica durante o estágio.

A aprendizagem com prática clínica de enfermagem realizada durante este estágio iniciou-se com a construção do desenho de projeto e foi desenvolvida intencionalmente de acordo com os objetivos propostos para o estágio. Existiu intencionalidade para aprender e desenvolver competências na prática clínica.

Na perspetiva do desenvolvimento de competências em enfermagem segui o modelo proposto por Benner(2001) ao longo de todo o processo de aprendizagem. Neste sentido Benner (2001) refere que o desenvolvimento do conhecimento numa disciplina traduz-se pelo saber-fazer, através de métodos de investigação fundamentada em modelos teóricos e através de registos realizados no decorrer da experiência da prática clínica. Para esta autora, uma grande quantidade de conhecimento do enfermeiro está na prática e no saber fazer, o qual deve ser submetido a processos de sistematização, de hierarquização qualitativa, de pensamento reflexivo e crítico, pelo que, a aprendizagem intencional dos significados comuns das respostas humanas no processo de cuidar em enfermagem é uma estratégia estruturante para a profissão(Benner, 2001).

Durante o estágio realizei várias reflexões intencionais sobre a prática clínica de acordo com os objetivos definidos para o estágio. O conceito de reflexão é entendido como *“projetar para trás pensamentos e memórias, em atos cognitivos (...) e outras formas de consideração atenta, em ordem a dar-lhes sentido, e a fazer, se necessário mudanças apropriadas e contextualizadas”* (Taylor, 2000). Este processo de reflexão sistematizado durante o curso de mestrado foi também uma das competências desenvolvidas. Estas reflexões foram iniciadas ainda durante a elaboração do desenho de projeto para este estágio, durante as visitas de campo nas quais recolhi informações sobre a prática clínica, através de entrevistas que realizei com os enfermeiros chefes dos serviços. Por outro lado, ao iniciar a prestação de cuidados compreendi que teria que mobilizar e relacionar os conhecimentos e competências da minha prática anterior, com os conhecimentos adquiridos durante o curso de mestrado e com os protocolos de

prestação de cuidados instituídos nos serviços no serviço. Este processo permitiu-me desenvolver um conjunto de aprendizagens e desenvolvimento progressivo de competências que promoveram a minha autonomia na prestação de cuidados em pessoa em situação crítica.

Nos locais de estágio o meu processo de aprendizagem iniciou-se com o desenvolvimento de intervenções para a aquisição de autonomia na respetiva área de cuidados de enfermagem. Numa primeira fase procurei desenvolver as minhas competências na prestação de cuidados em pessoa em situação crítica, demonstrando à equipa de enfermagem que possuía alguma autonomia na prestação de cuidados, situando-me neste momento no nível iniciado avançado, segundo o modelo de desenvolvimento de competências de Dreyfus e Dreyfus (1986) adaptado à enfermagem por Benner(2001). Esta primeira fase foi importante para ser reconhecido na equipa e participar em processos mais complexos de cuidados Durante o período em que tinha menos autonomia fui observando e fazendo reflexões que posteriormente utilizei no processo de elaboração de um jornal de aprendizagem e uma revisão sistematizada da literatura, por forma a demonstrar o desenvolvimento da competência da reflexão sobre a prática dos cuidados de enfermagem em pessoa em situação crítica.

Para a elaboração do jornal de aprendizagem recorri à metodologia do cicloreflexivo de Gibbs, uma metodologia utilizada em outras aprendizagens deste curso de mestrado. A utilização ciclo de Gibbs contribuiu para o desenvolvimento da reflexão durante a prática, traduzindo-se numa maior facilidade em identificar problemas e encontrar alternativas no processo de cuidados. Este instrumento de reflexão foi direcionado para um dos objetivos propostos, tendo elaborado um jornal de aprendizagem sobre a avaliação da dor em pessoa em situação crítica. A elaboração do jornal de aprendizagem permitiu aprender que a reflexão sobre a prática é um instrumento importante, que fomenta a identificação de problemas e a sua resolução, através de etapas estruturadas que geram conhecimento. Contudo, na fase inicial foi necessário percorrer as etapas deste ciclo várias vezes, para conseguir clarificar o problema. No final, foi possível identificar as estratégias a desenvolver, as quais estavam relacionadas com a necessidade de utilizar outros instrumentos de avaliação da dor. Este conhecimento adquirido permitiu desenvolver uma atitude reflexiva mais atenta e disponível para testar as reflexões e o planeamento das intervenções face à realidade da pessoa centro dos cuidados.

A aprendizagem através da elaboração dos jornais de aprendizagem foi importante para o desenvolvimento das competências especializadas em enfermagem, tendo promovido uma sistematização das reflexões feitas a partir desse momento. Esta sistematização permitiu não só desenvolver intervenções de cuidados como também fomentou o desenvolvimento de competências de interação pessoal e de comunicação, com o doente, família/pessoa significativa e equipa multidisciplinar.

A utilização mais frequente e intencional do processo de reflexão sobre a prática clínica permitiu demonstrar maior clareza nas intervenções e maior capacidade para identificar precocemente situações problema. Posteriormente dei continuidade ao desenvolvimento desta competência elaborando uma revisão sistematizada sobre o problema da PAV em pessoa em situação crítica. Neste contexto, a reflexão sobre a prática permitiu identificar uma situação problema e fomentou o desenvolvimento de um processo de aprendizagem sobre a necessidade de adaptar e mudar o planeamento das intervenções de cuidados para a prevenção da PAV. Aqui o processo reflexivo foi desenvolvido na seleção da melhor evidência e também, nas estratégias a desenvolver com o enfermeiro tutor, para apresentar, informalmente à equipa essa mesma evidência.

Além dos processos intencionais que estavam definidos nos objetivos, foram desenvolvidas outras competências de forma não intencional. Um desses exemplos foram as competências para o desenvolvimento das aprendizagens na perspetiva da prevenção e para controlo da infeção. Estas competências foram experimentadas com a equipa de enfermagem através da partilha de conhecimentos específicos nesta área de intervenção, de acordo com o plano nacional de prevenção da infeção (Direção Geral da Saúde, 2008b; Pina, Silva, & Ferreira, 2010; Pina et al., 2006, 2013) e da prática baseada na evidência relativamente à prevenção da PAV. O desenvolvimento das competências de liderança na perspetiva da prevenção e controlo da sépsis foram reconhecidas pela equipa de enfermagem da unidade de cuidados intensivos.

Após o final do período de estágio, identifiquei que utilizava com alguma frequência, na minha prática clínica o processo reflexivo, podendo verificar que na minha realidade de prestação de cuidados este também contribuía para a melhoria das intervenções de enfermagem e dos resultados obtidos.

3 - CONCLUSÃO

Este relatório apresentou as reflexões inerentes às aprendizagens e ao desenvolvimento de competências que decorreram durante o estágio da Unidade Curricular estágio com relatório do Curso de Mestrado Em Enfermagem em Pessoa Em Situação Crítica.

O processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências utilizou a metodologia de projeto, para a identificação de um problema da prática clínica e seguiu como referencial para a enfermagem, o pensamento apresentado por Collière(1999). Neste processo foi ainda utilizado o modelo de aquisição de competências de Dreyfus e Dreyfus (1986) aplicado à enfermagem por Benner (2001). Para o desenvolvimento das intervenções de enfermagem na prática clínica utilizei processos de raciocínio clínico e julgamento clínico para planear, implementar intervenções e tomar decisões na prestação de cuidados em pessoa em situação crítica. As aprendizagens que decorreram da prática clínica foram desenvolvidas através da reflexão crítica, tendo elaborado dois jornais de aprendizagem. A elaboração deste relatório também constituiu um momento de reflexão e aprendizagem.

As aprendizagens e as competências desenvolvidas promoveram mudanças no planeamento dos cuidados e da implementação das intervenções de enfermagem permitindo no final, responder ao problema inicialmente formulado no projeto de estágio.

“Qual a intervenção especializada de enfermagem em pessoa em situação crítica na prevenção e controlo da sépsis no perioperatório?”.

A resposta a esta pergunta foi encontrada sobretudo com o desenvolvimento de intervenções especializadas de enfermagem em pessoa em situação crítica na prevenção da PAV, da avaliação da dor e da responsabilidade ético-legal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahlers, S. J., van Gulik, L., AM, van Dongen, H. P., Bruins, P., Belitser, S. V., ... Knibbe, C. A. (2008). Comparison of different pain scoring systems in critically ill patients in a general ICU. *Critical Care*, 12(1), R15–R15. Obtido em 2013-03-25 de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010111429&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Ahrens, T., & Tuggle, D. (2004). Surviving Severe Sepsis: Early Recognition and Treatment. *Critical Care Nurse*, 24, 2–15. Obtido em 2012-05-10 de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=14667687&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Alfaro-Lefevre, R. (2013). *Critical Thinking, clinical reasoning, clinical judgment*. (Elsevier, Ed.) *Journal of Education* (5 th ed., p. 311). St. Louis.
- Almeida, L. (2005). Da prevenção primordial à prevenção quaternária. *Revista Portuguesa de Saude Pública*, 91–96.
- Angus, D. C., Linde-Zwirble, W. T., Lidicker, J., Clermont, G., Carcillo, J., & Pinsky, M. R. (2001). Epidemiology of severe sepsis in the United States: analysis of incidence, outcome, and associated costs of care. *Critical Care Medicine*, 29(7), 1303–1310. Obtido em 2013-01-20 de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=11445675&lang=pt-br&site=ehost-live>
- Assar, A. N., & Zarins, C. K. (2009). Ruptured abdominal aortic aneurysm: a surgical emergency with many clinical presentations. *Postgraduate Medical Journal*, 85(1003), 268–273. doi:10.1136/pgmj.2008.074666
- Batalha, L. M. C., Flgueiredo, A. M., Marques, M., & Bizarro, V. (2013). Adaptação cultural e propriedades psicométricas da versão Portuguesa da escala Behavioral Pain Scale – Intubated Patient (BPS-IP/PT). *Revista de Enfermagem Referência*, nº 9, 7–16. doi:10.12707/RIII12108
- Benner, P. (2001). *De Iniciado A Perito - Excelência e Poder na Prática Clínica*. (Quarteto, Ed.) (p. 295). Coimbra.
- Bersten, A. D., & Soni, N. (2009). *Oh's Intensive Care Manual*. (Elsevier Limited, Ed.) (6th ed., p. 1292). Philadelphia.
- Bone, R. C., Balk, R. A., Cerra, F. B., Dellinger, R. P., Fein, A. M., Knaus, W. A., ... Sibbald, W. J. (1992). Definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of innovative therapies in sepsis. the accp/sccm consensus conference committee. american college of chest physicians/society of critical care medicine. *CHEST Journal*, 101(6), 1644–1655. Obtido em 2013-02-12 de <http://dx.doi.org/10.1378/chest.101.6.1644>
- Bone, R. C., Balk, R. A., Cerra, F. B., Dellinger, R. P., Fein, A. M., Knaus, W. A., ... Sibbald, W. J. (2009). Definitions for sepsis and organ failure and guidelines for the use of

innovative therapies in sepsis. The ACCP/SCCM Consensus Conference Committee. American College of Chest Physicians/Society of Critical Care Medicine. 1992. *CHEST*, 136(5 Suppl), e28–e28. Obtido em 2012-04-07 de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2010574145&lang=pt-br&site=ehost-live>

Cade, C. H. (2008). Clinical tools for the assessment of pain in sedated critically ill adults. *Nursing In Critical Care*, 13(6), 288–297. doi:10.1111/j.1478-5153.2008.00294.x

Cason, C. L., Tyner, T., Saunders, S., & Broome, L. (2007). Nurses' implementation of guidelines for ventilator-associated pneumonia from the Centers for Disease Control and Prevention. *American Journal Of Critical Care: An Official Publication, American Association Of Critical-Care Nurses*, 16(1), 28. Obtido em 2013-01-20 de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=17192524&lang=pt-br&site=ehost-live>

Castro, L., & Ricardo, M. (2003). *Gerir o Trabalho de Projecto - Guia para a flexibilização e revisão curriculares*. (T. Editora, Ed.) (7ª Ed., p. 79). Lisboa.

Chanques, G., Payen, J. F., Mercier, G., de Lattre, S., Viel, E., Jung, B., ... Jaber, S. (2009). Assessing pain in non-intubated critically ill patients unable to self report: an adaptation of the Behavioral Pain Scale. *Intensive Care Medicine*, 35(12), 2060–2067. doi:10.1007/s00134-009-1590-5

Chao, Y.-F. C., Chen, Y.-Y., Wang, K.-W. K., Lee, R.-P., & Tsai, H. (2009). Removal of oral secretion prior to position change can reduce the incidence of ventilator-associated pneumonia for adult ICU patients: a clinical controlled trial study. *Journal Of Clinical Nursing*, 18(1), 22–28. doi:10.1111/j.1365-2702.2007.02193.x

Collière, M.-F. (1999). *Promover a vida - Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. (Lidel, Ed.) (3ª ed., p. 385). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas.

Czeresnia, D. (2003). Conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In Fiocruz (Ed.), *In Promoção da Saúde: Conceitos, reflexões, tendências* (1ª ed., pp. 39–53). Rio de Janeiro: Fiocruz. Obtido em 2013-01-10 de http://143.107.23.244/departamentos/social/saude_coletiva/AOconceito.pdf

Dellinger, R. P., Levy, M. M., Carlet, J. M., Bion, J., Parker, M. M., Jaeschke, R., ... Vincent, J.-L. (2008). Surviving Sepsis Campaign: international guidelines for management of severe sepsis and septic shock: 2008. *Intensive Care Medicine*, 34(1), 17–60. Obtido em 2012-07-20 de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=18058085&lang=pt-br&site=ehost-live>

Direção Geral da Saúde. (2008a). *Programa Nacional de Controlo da Dor* (p. 16). Lisboa. Obtido em 2012-06-25 de <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/6861126B-C57A-46E1-B065-316C0CF8DACD/0/ControlodaDor.pdf>

Direção Geral da Saúde. (2008b). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde: manual de operacionalização* (p. 82). Lisboa. Obtido

em 2012-05-10 de

<http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?pl=&id=5514&acess=0&codigono=0020AAAAAAAAAAAA>

Direção Geral da Saúde. (2010a). *Implementação da via verde sépsis. Circular normativa Nº 01/DQS/DGCO/2010* (pp. 1–20). Obtido em 2012-05-25 de <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/051D4394-95FA-419F-98DB-7AEED26D1E3E/0/i012305.pdf>

Direção Geral da Saúde. (2010b). *Orientação de boa prática para a higienização das mãos nas unidades de saúde* (p. 42). Lisboa. Obtido em 2012-03-25 de <http://www.rncci.min-saude.pt/SiteCollectionDocuments/i013069.pdf>

Direção Geral do Ensino Superior. (2012). *Descritores de Dublin*. Obtido 2012-02-30 de <http://www.dges.mctes.pt/DGES/pt/Estudantes/Processo+de+Bolonha/Objectivos/Descritores+Dublin/>

Direção-Geral da Saúde. (2007). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo da infeção associada aos cuidados de Saúde* (p. 20). Lisboa.

Direção-Geral da Saúde. (2003). *Cuidados Intensivos: Recomendações para o seu desenvolvimento* (p. 72). Lisboa, Portugal. Obtido em 2012-11-05 de <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006185.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2013). *Plano nacional da Saúde - 3.3 Eixo estratégico qualidade em saúde*. Lisboa. Obtido em 2013-07-20 de http://pns.dgs.pt/files/2012/02/0024_-_Qualidade_em_Sa%C3%BAde_2013-01-17_.pdf

Direção-Geral da Saúde, D. da Q. em S. (2011). *Estrutura Conceptual da Classificação Internacional sobre segurança do doente. Relatório Final* (p. 154). Lisboa. Obtido em 2013-01-10 de <http://www.dgs.pt/ms/8/default.aspx?pl=&id=5521&acess=0&codigono=001100150040AAAA>

Dünser, M. W., Festic, E., Dondorp, A., Kissoon, N., Ganbat, T., Kwizera, A., ... Schultz, M. J. (2012). Recommendations for sepsis management in resource-limited settings. *Intensive Care Medicine*, 38(4), 557–574. doi:10.1007/s00134-012-2468-5

Ely, E. W., Truman, B., Shintani, A., Thomason, J. W. W., Wheeler, A. P., Gordon, S., ... Bernard, G. R. (2003). Monitoring sedation status over time in ICU patients: reliability and validity of the Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS). *JAMA: The Journal Of The American Medical Association*, 289(22), 2983–2991. Obtido em 2012-11-30 de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=12799407&lang=pt-br&site=ehost-live>

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2012a). *Mestrado em Enfermagem na área da especialização pessoa em situação crítica: Programa da unidade curricular Estágio com relatório* (p. 3). Lisboa. Obtido em 2011-11-10 de http://blackboard.esel.pt/bbcswebdav/pid-5149-dt-content-rid-7612_1/courses/201112-S1-6734-9-6734046/Apresenta%C3%A7%C3%A3o_2%C2%BA_Mestrado_PSC%281%29.pdf

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2012b). *Unidade Curricular Estágio com Relatório* (p. 3). Lisboa.

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2013). *Regulamento de Mestrado* (p. 20). Lisboa. Obtido em 2013-05-14 de http://www.esel.pt/NR/rdonlyres/63B35190-FD5E-4BCF-BF43-D08B1210D1DF/4615/reg_mest_2013.pdf

European Centre for Diseases Prevention and Control, E. (2008). *Annual Epidemiological Report on Communicable Diseases in Europe 2008* (p. 332). Stockholm. doi:DOI 10.2900/22770

Fry, D. (2012). Sepsis, Systemic Inflammatory Response, and Multiple Organ Dysfunction: The Mystery Continues. *American Surgeon*, 78(1), 1–8. Obtido em 2012-06-30 de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=70841477&lang=pt-br&site=ehost-live>

Gauer, R. L. (2013). Early recognition and management of sepsis in adults: the first six hours. *American Family Physician*, 88(1), 44–53. Obtido em 2013-08-10 de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=23939605&site=ehost-live>

Grupo de Avaliação da Dor. (2011). *Recomendações do Grupo de Avaliação da Dor* (p. 2). Lisboa. Obtido em 2012-11-30 de <http://dl.dropboxusercontent.com/u/40118346/Recomendações GAD-SPCI.pdf>

Hertzer, N. R., Mascha, E. J., Karafa, M. T., O'Hara, P. J., Krajewski, L. P., & Beven, E. G. (2002). Open infrarenal abdominal aortic aneurysm repair: the Cleveland Clinic experience from 1989 to 1998. *Journal Of Vascular Surgery*, 35(6), 1145–1154. Obtido em 2012-12-10 de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=12042724&lang=pt-br&site=ehost-live>

Institute for Health Care Improvement, I. (2012). *How-to Guide: Prevent Ventilator Associated Pneumonia* (p. 45). Cambridge. Retrieved from Obtido em 2013-02-04 de <http://www.ihc.org/resources/Pages/Tools/HowtoGuidePreventVAP.aspx>

Khilnani, G. C., & Hadda, V. (2009). Management of severe sepsis: role of “bundles”. *The Indian Journal of Chest Diseases Allied Sciences*, 51(1), 27–36. Obtido em 2012-06-30 de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19317360>

Kleinpell, R. (2003). Advances in treating patients with severe sepsis: role of drotrecogin alfa (activated). *Critical Care Nurse*, 23(3), 16. Obtido em 2012-05-04 de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2003100109&lang=pt-br&site=ehost-live>

Malbrain, M. L. N. G., Cheatham, M. L., Kirkpatrick, A., Sugrue, M., Parr, M., De Waele, J., ... Wilmer, A. (2006). Results from the International Conference of Experts on Intra-abdominal Hypertension and Abdominal Compartment Syndrome. I. Definitions. *Intensive Care Medicine*, 32(11), 1722–1732. Obtido em 2013-02-21 de

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=16967294&lang=pt-br&site=ehost-live>

Marshall, M. C., & Soucy, M. D. (2003). Delirium in the intensive care unit. *Critical Care Nursing Quarterly*, 26(3), 172–178. Obtido em 2013-01-30 de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=12930032&lang=pt-br&site=ehost-live>

Moll, F. L., Powell, J. T., Fraedrich, G., Verzini, F., Haulon, S., Waltham, M., ... Ricco, J.-B. (2011, January 1). Management of Abdominal Aortic Aneurysms Clinical Practice Guidelines of the European Society for Vascular Surgery. *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery* : The Official Journal of the European Society for Vascular Surgery. Elsevier. Obtido em 2013-03-20 de <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1078588410005605?showall=true>

Nunes, L. (2006). Autonomia e responsabilidade na tomada de decisão clínica em enfermagem. In *II COngresso da Ordem dos Enfermeiros* (p. 12). Lisboa. Obtido em 2012-11-30 de [http://www.ordemenfermeiros.pt/Search/results.aspx?k=Autonomia e responsabilidade na tomada de decis](http://www.ordemenfermeiros.pt/Search/results.aspx?k=Autonomia+e+responsabilidade+na+tomada+de+decis%o+cl%o+nica+em+enfermagem&s=Todos+os+sites)

Olson, T. (2012). Delirium in the intensive care unit: role of the critical care nurse in early detection and treatment. *Dynamics (Pembroke, Ont.)*, 23(4), 32–36. Obtido em 2013-01-20 de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=23342936&lang=pt-br&site=ehost-live>

Ordem dos Enfermeiros. (2011a). *Regulamento dos padrões de Qualidade dos cuidados especializados em enfermagem em pessoa em situação crítica* (p. 9). Lisboa. Obtido em 2013-01-02-12 de [file:///D:/Luis Portugal/Back up pen 2014/Ensino Clínico 01/Artigos por temas/Enfermagem/2011 - Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica.pdf](file:///D:/Luis+Portugal/Back+up+pen+2014/Ensino+Clínico+01/Artigos+por+temas/Enfermagem/2011+-+Regulamento+dos+padrões+de+qualidade+dos+cuidados+especializados+em+Enfermagem+em+Pessoa+em+Situação+Crítica.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. Regulamento nº122/2011.de 18 de Fevereiro: Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. , Pub. L. No. 122/2011 (2011). Portugal: Diário da República 2ª série Nº 35. Obtido em 20-02-2012 de http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento122_2011_CompetenciasComunsEnfEspecialista.pdf

Ordem dos Enfermeiros. Regulamento nº124/2011 de 18 de Fevereiro: Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa Crítica. , Pub. L. No. 124/2011 (2011). Portugal: Diário da República 2ª série Nº 35. Obtido em 20-02-2012 de http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento124_2011_CompetenciasEspecifEnfPessoaSituacaoCritica.pdf

Ordem dos Enfermeiros. Regulamento do perfil de competências do enfermeiros de cuidados gerais (2012). Obtido em 2013-01-20 de [http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar - regulamento do perfil_VF.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar+-+regulamento+do+perfil_VF.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. REPE - Estatuto da ordem dos enfermeiros (2012). Portugal. Retrieved from Retirado em 2012-03-15 de <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>

Payen, J. F., Bru, O., Bosson, J. L., Lagrasta, A., Novel, E., Deschaux, I., ... Jacquot, C. (2001). Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale. *Critical Care Medicine*, 29(12), 2258–2263. Obtido em 2013-02-15 de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19697008>

Pérez-Rada, F. de J. M., Macías-García, M. T., & Cataneo-Cerna, A. C. (2012). [Postsurgical delirium complicated with sepsis. Dexmedetomidine versus midazolam]. *Revista Médica Del Instituto Mexicano Del Seguro Social*, 50(4), 419–426. Obtido em 2013-01-20 de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=23234746&lang=pt-br&site=ehost-live>

Pina, E., Ferreira, E., Marques, A., & Matos, B. (2010). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 27–39. Retrieved from btido em 2012-07-10 de <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/pdf/volume-tematico-seguranca-do-doente/4-Infecoes associadas aos cuidados de saude e seguranca do doente.pdf>

Pina, E., Gomes da Silva, E., Maria da Costa, V., Neto, T., Estrada, J., Estrada, H., ... Gomes, A. (2006). *Recomendações para a prevenção das infeção asociada aos dispositivos intravasculares* (p. 31). Lisboa. Obtido em 2012-03-10 de <http://www.dgs.pt/ms/3/paginaRegisto.aspx?back=1&id=12422>

Pina, E., Paiva, J. A., Nogueira, P., & Silva, M. G. (2013). *Prevalência de Infeção Adquirida no Hospital e do Uso de Antimicrobianos nos Hospitais Portugueses* (p. 19). Lisboa. Obtido em 2013-06-10 de <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i019020.pdf>

Pina, E., Silva, G., & Ferreira, E. (2010). *Relatório Inquérito de Prevalência de Infecção 2010 - Programa Nacional de Prevenção e controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde* (pp. 1–16). Lisboa. Obtido em 2012-03-16 de <http://www.dgs.pt/ms/3/default.aspx?pl=&id=5514&acess=0>

Pina, E., Silva, M. G., & Geada, A. (2004). *Recomendações para a prevenção da infecção respiratória em doente ventilado* (p. 22). Lisboa. Obtido em 2012-03-10 de <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008554.pdf>

Pina, E., Silva, M. G., Silva, E. G., & Uva, A. de S. (2010). Infecção relacionada com a prestação de cuidados de saúde: infecções da corrente sanguínea (septicemia). *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 19–30. RetObtidoem 2012-05-10 de <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2010/pdf/vol-1-2010/02-2010.pdf>

Pinho, A., Carneiro, H., & Alves, F. (2011). *Resultados do Plano Nacional de Avaliação da Dor* (p. 43). Lisboa. Obtido em 2012-11-30 de <http://dl.dropboxusercontent.com/u/40118346/Relatório Preliminar GAD-SPCI.pdf>

Póvoa, P. R., Carneiro, A. H., Ribeiro, O. S., & Pereira, A. C. (2009). Influence of vasopressor agent in septic shock mortality. Results from the Portuguese Community-Acquired Sepsis Study (SACiUCI study). *Critical Care Medicine*, 37(2), 410–416. doi:10.1097/CCM.0b013e3181958b1c

Robson, W., & Daniels, R. (2013). Diagnosis and management of sepsis in adults. *Nurse Prescribing*, 11(2), 76–82. Obtido em 2013-08-10 de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=2011928799&site=ehost-live>

Rosário, E. M. (2009). *Comunicação e cuidados de saúde comunicar com o doente ventilado em cuidados intensivos*. Universidade Aberta. Obtido em 2012-12-8 de [https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/1472/1/PDF](https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/1472/1/PDF%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Mestrado%20Com.pdf) Dissertação Mestrado Com.pdf

Santos, E. M. M. dos. (2009). *A Aprendizagem pela Reflexão em Ensino Clínico. Estudo Qualitativo na Formação Inicial em Enfermagem*. Universidade de Aveiro - Departamento de Didática e Tecnologia Educativa. Obtido em 2012-12-15 de <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/1487/1/2009001173.pdf>

Sepsis. (2013). *Nursing Standard (Royal College Of Nursing (Great Britain): 1987)*, 28(8), 20. doi:10.7748/ns2013.10.28.8.20.s26

Siegele, P. (2009). Enhancing outcomes in a surgical intensive care unit by implementing daily goals tools. *Critical Care Nurse*, 29(6), 58–70. doi:10.4037/ccn2009663

Singh, S., Singh, P., & Singh, G. (2009). Systemic inflammatory response syndrome outcome in surgical patients. *Indian Journal of Surgery*, 71(4), 206–209. Obtido em 2012-04-30 de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=44190881&lang=pt-br&site=ehost-live>

Slade, E., Tamber, P. S., & Vincent, J.-L. (2003). The Surviving Sepsis Campaign: raising awareness to reduce mortality. *Critical Care (London, England)*, 7(1), 1–2. Obtido em 2012-10-10 de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=12617727&lang=pt-br&site=ehost-live>

Sole, M. Lou, Penoyer, D. A., Bennett, M., Bertrand, J., & Talbert, S. (2011). Oropharyngeal secretion volume in intubated patients: the importance of oral suctioning. *American Journal Of Critical Care: An Official Publication, American Association Of Critical-Care Nurses*, 20(6), e141–e145. doi:10.4037/ajcc2011178

Spronk, P. E., Riekerk, B., Hofhuis, J., & Rommes, J. H. (2009). Occurrence of delirium is severely underestimated in the ICU during daily care. *Intensive Care Medicine*, 35(7), 1276–1280. doi:10.1007/s00134-009-1466-8

Susan E. Coffin MPH, M. D., Michael Klompas, M. D., David Classen MS, M. D., Kathleen M. Arias CIC, M. S., Kelly Podgorny MS, CPHQ, R. N., Deverick J. Anderson MPH, M. D., ... Deborah S. Yokoe MPH, M. D. (2008). Strategies to Prevent Ventilator- Associated

Pneumonia in Acute Care Hospitals • *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 29(S1), S31–S40 CR – Copyright © 2008 The University. doi:10.1086/591062

Swearingen, P. L., & Keen, J. H. (2003). *Manual de Cuidados Intensivos Intervenções de enfermagem independentes e interdependentes*. (Lusociência, Ed.) (4ª ed., pp. 260–270). Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Tablan, O. C., Anderson, L. J., Besser, R., Bridges, C., & Hajjeh, R. (2004). Guidelines for preventing health-care-associated pneumonia, 2003: recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. *MMWR: Morbidity & Mortality Weekly Report*, 53(RR-3), 1–36. Obtido em 2011-12-10 de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=rzh&AN=2004130606&lang=pt-br&site=ehost-live>

Tanner, C. A. (2006). Thinking like a nurse: a research-based model of clinical judgment in nursing. *The Journal Of Nursing Education*, 45(6), 204–211. Obtido em 2013-08-15 de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=16780008&lang=pt-br&site=ehost-live>

Taylor, B. J. (2000). *Reflective Practice: A Guide for Nurses and Midwives*. (O. U. Press, Ed.) (p. 258). Pensilvânia: Open University Press.

Thompson, R. W., Curci, J. A., Ennis, T. L., Mao, D., Pagano, M. B., & Pham, C. T. N. (2006). Pathophysiology of abdominal aortic aneurysms: insights from the elastase-induced model in mice with different genetic backgrounds. *Annals Of The New York Academy Of Sciences*, 1085, 59–73. Retrieved from <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=17182923&lang=pt-br&site=ehost-live>

Tolentino-DelosReyes, A. F., Ruppert, S. D., & Shiao, S.-Y. P. K. (2007). Evidence-based practice: use of the ventilator bundle to prevent ventilator-associated pneumonia. *American Journal Of Critical Care: An Official Publication, American Association Of Critical-Care Nurses*, 16(1), 20–27. Obtido em 2013-01-20 de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=17192523&lang=pt-br&site=ehost-live>

Vasilevskis E., E., Morandi, A., Boehm, L., Pandharipande P., P., Girard D., T., Jackson C, J., ... Wesley Ely E. (2011). Delirium and Sedation Recognition Using Validated Instruments: Reliability of Bedside Intensive Care Unit Nursing Assessments from 2007 to 2010. *Journal of the American Geriatrics Society*, S249–55. doi:10.1111/j.1532-5415.2011.03673.x

Vincent, J.-L., Sakr, Y., Sprung, C. L., Ranieri, V. M., Reinhart, K., Gerlach, H., ... Payen, D. (2006). Sepsis in European intensive care units: results of the SOAP study. *Critical Care Medicine*, 34(2), 344–353. c 2013 02-18 de <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=16424713&lang=pt-br&site=ehost-live>

Wenham, T., & Pittard, A. (2009). Intensive care unit environment. *Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care & Pain*, 9(6), 178–183. doi:10.1093/bjaceaccp/mkp036